

Une première chirurgie de l'obésité : la longue controverse du court-circuit jéjuno-iléal (1954-1980)

Jean-Philippe Gendron

Volume 33, numéro 1, 2010

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1000844ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1000844ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

CSTHA/AHSTC

ISSN

0829-2507 (imprimé)

1918-7750 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gendron, J.-P. (2010). Une première chirurgie de l'obésité : la longue controverse du court-circuit jéjuno-iléal (1954-1980). *Scientia Canadensis*, 33(1), 29-70. <https://doi.org/10.7202/1000844ar>

Résumé de l'article

Alors que l'obésité s'affirme comme phénomène épidémique devant lequel la médecine demeure désarmée, la chirurgie semble en voie d'offrir une alternative propre à en guérir les cas les plus sévères. Un peu partout en Occident, l'hôpital lui ouvre ses portes et le nombre de cas d'obésité morbide traités par les chirurgiens bariatriques ne cesse de croître. Or, ce succès récent d'une cure radicale, qui se normalise en se banalisant, masque les résistances médicales qui l'accueillirent à ses origines. En 1980, après 25 ans de recherche expérimentale et une première tentative d'intégration clinique, la chirurgie d'obésité, alors contenue presque tout entière dans la procédure du court-circuit jéjuno-iléal, pouvait être perçue comme une chose du passé. Le présent article analyse cet échec inaugural et les débats qui l'entourèrent.

Une première chirurgie de l'obésité : la longue controverse du court-circuit jéjuno-iléal (1954-1980)¹

Jean-Philippe Gendron

Université du Québec à Montréal

Résumé : Alors que l'obésité s'affirme comme phénomène épidémique devant lequel la médecine demeure désarmée, la chirurgie semble en voie d'offrir une alternative propre à en guérir les cas les plus sévères. Un peu partout en Occident, l'hôpital lui ouvre ses portes et le nombre de cas d'obésité morbide traités par les chirurgiens bariatriques ne cesse de croître. Or, ce succès récent d'une cure radicale, qui se normalise en se banalisant, masque les résistances médicales qui l'accueillirent à ses origines. En 1980, après 25 ans de recherche expérimentale et une première tentative d'intégration clinique, la chirurgie d'obésité, alors contenue presque tout entière dans la procédure du court-circuit jéjuno-iléal, pouvait être perçue comme une chose du passé. Le présent article analyse cet échec inaugural et les débats qui l'entourèrent.

Abstract: As obesity clearly becomes an epidemic disease, surgery has emerged as its only effective treatment. In the Western World, bariatric surgery is gaining favor, and the number of practitioners rises as rapidly as that of patients. But the recent success of an admittedly radical therapy tends to hide the fact that it faced considerable resistance in its early years, when many physicians considered the practice suspect, if not outright dangerous. In 1980, after 25 years of experimental research, and above all, after an initial attempt to introduce the practice into the clinic, obesity surgery, reducible to mainly one single procedure, the jejunoileal bypass, was widely abandoned. This general failure of a surgical technique, with the arguments that commanded it, is the subject of the present article.

¹ La recherche présentée dans cet article a été en partie rendue possible par des compléments de bourse octroyés à l'auteur par le groupe de recherche sur la régulation biomédicale composé des professeurs Alberto Cambrosio, Peter Keating, Thomas Schlich et George Weisz, grâce aux deux subventions suivantes: Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (SE-124896) et Instituts de recherche en santé du Canada (MOP-64372). La forme définitive du texte doit beaucoup aux deux évaluateurs anonymes qui ont bien voulu en commenter la version initiale. Que tous soient remerciés.

En février 2006, l'assureur public américain *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) annonçait un élargissement de sa politique de couverture, de manière à intégrer la chirurgie bariatrique au nombre des pratiques thérapeutiques dont il défrayait les coûts. Domaine singulier de spécialisation chirurgicale, cette approche recouvrait un certain nombre de procédures gastro-intestinales dont le principe d'action commun était de réduire l'apport calorique de l'organisme en vue de produire un amaigrissement médical contrôlé chez des patients atteints d'obésité morbide.² Jusque-là considérée comme une option radicale et, finalement, de dernier recours, la chirurgie bariatrique allait dès lors s'imposer comme une cure d'avant-garde dans le traitement des grandes obésités.³ Annonçant la nouvelle, Mark McClellan, directeur général des CMS, avait cette phrase pleine de contradictions qui marquait bien l'ambivalence devant laquelle se trouvait son organisation : « Bariatric surgery is not the first option for obesity treatment, but when performed by expert surgeon it is an important option for some of our beneficiaries ». Avec prudence, il ajoutait : « While we want to see more evidence on the benefits and risks of this procedure, some centers have demonstrated high success rates and we want to ensure access to the most up-to-date treatment alternatives for our beneficiaries ».⁴ Clairement, la décision de l'assureur, qui normalisait la chirurgie bariatrique dans l'espace clinique, avait été obtenue à l'arraché et concédée sous toutes réserves.

2. Globalement, deux approches générales traversent aujourd'hui la chirurgie bariatrique : l'une regroupe les procédures dites « malabsorptives », qui agissent en limitant les capacités de l'organisme à métaboliser les aliments ingérés ; l'autre rassemble les procédures dites « restrictives », qui agissent plutôt en amont des premières, et qui restreignent quant à elles le volume des aliments que le corps peut intégrer. Sont donc volontairement exclues d'une telle définition des approches agissant directement sur les tissus adipeux, telles que la panniculectomie ou la liposuction, dont l'inefficacité à produire des effets réellement curatifs détermine le confinement durable à la chirurgie esthétique. À ce propos : Robert E. Brolin, « Bariatric Surgery and Long-Term Control of Morbid Obesity », *Journal of the American Medical Association* 288, 22 (2002) : 2793-2796 ; Bruno M. Balsiger et al., « Bariatric Surgery : Surgery for Weight Control in Patients With Morbid Obesity », *Medical Clinics of North America* 84, 2 (2000) : 477-489 ; Samuel Klein et al., « Absence of an Effect of Liposuction on Insulin Action and Risk Factors for Coronary Heart Disease », *The New England Journal of Medicine* 350, 25 (2004) : 2549-2557 ; Joseph Colt Bloodgood, « Possibilities and Dangers of Beauty Operations, and the Danger of Excessive Fat in Surgery and Disease », in *Your Weight and How to Control It*, dirs. Morris Fishbein et al. (New York : Double Day, Doran and Cie, 1929), 49-66 ; Gina Kolata, *Rethinking Thin* (New York : Farrar, Strauss et Giroux, 2007), 209-211.

3. Malcolm K. Robinson, « Surgical Treatment of Obesity – Weighing the Facts », *The New England Journal of Medicine* 361, 5 (2009) : 520-521.

4. Mark B. McClellan, cité in United States Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS Office of Public Affairs, « Medicare Expands National Coverage for Bariatric Surgery Procedures », Communiqué de presse, 21 février 2006, <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1786>, consulté le 10 février 2010.

Cette nouvelle politique répondait à une demande formellement adressée un an plus tôt par l'American Society for Bariatric Surgery (ASBS), l'organisme rassemblant les chirurgiens spécialisés dans ce domaine. Elle faisait écho à la reconnaissance officielle par le département américain de la Santé, en 2004, du caractère pathologique de l'obésité et de l'urgence épidémiologique avec laquelle la société américaine se devait d'y faire face.⁵ L'ASBS ne pouvait que se féliciter de cette suite des événements : « This is a great day in the war against obesity », déclarait en 2006 son président, Neil Hutcher, qui tout en rappelant les 170 000 chirurgies réalisées dans la seule année 2005, tournait un regard enthousiaste vers l'avenir : « We expect many private insurers will take their lead from CMS and improve outdated coverage policies that severely restrict or even ban the use of bariatric surgery ». Surtout, en franche dissension avec le point de vue des CMS quant à la faiblesse des données scientifiques favorables au traitement, Hutcher en vantait la fiabilité : « This decision and the data that supports it are overwhelming ».⁶ Si le thème des usages extrascientifiques du statut de la preuve en sciences biomédicales n'est pas neuf,⁷ il trouve ici une réactivation frappante.

5. United States Department of Health and Human Services, CMS Public Affairs, « HHS Announces Revised Medicare Obesity Coverage Policy », Communiqué de presse, 15 juillet 2004, <http://www.hhs.gov/news/press/2004pres/20040715.html>, consulté le 10 février 2010 ; United States Department of Health and Human Services, « Testimony. Statement by Tommy G. Thompson, Secretary, Department of Health and Human Services, On Preventing Chronic Disease Through Healthy Lifestyle, Before the United States Senate Committee on Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services, Education, July 15, 2004 », <http://www.hhs.gov/asl/testify/t040715.html>, consulté le 10 février 2010.

6. Neil Hutcher, cité in American Society for Bariatric Surgery, « Medicare Expands Coverage for Lifesaving Obesity Surgery. Private Insurers Expected to Follow Suit », Communiqué de presse, 21 février 2006, http://www.asbs.org/html/about/ncd_release.html, consulté le 13 janvier 2007. En droite ligne avec sa mission d'organe de développement, et coupant court au refus des National Institutes of Health (NIH) de tenir une troisième Conférence de consensus en un quart de siècle à propos de leur pratique, l'ASBS convoquait en 2004 une Conférence autonome sur le modèle de ce qui se faisait aux NIH dans le but explicite de forcer la main à la fois aux CMS, aux NIH et aux assureurs privés, avec le résultat que l'on sait. À ce propos, lire les documents programmatiques suivants : Henry Buchwald, « Mainstreaming Bariatric Surgery », *Obesity Surgery* 9, 5 (1999) : 462-470 ; Henry Buchwald, « Consensus Conference Statement. Bariatric Surgery for Morbid Obesity : Health Implications for Patients, Health Professionals, and Third-Party Payers », *Surgery for Obesity and Related Diseases* 1, 3 (2005) : 371-381.

7. Mary Douglas et Aaron Wildavsky, *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers* (Berkeley, Los Angeles et Londres : University of California Press, 1982) ; Thomas Schlich, « Risk and Medical Innovation. A Historical Perspective », in *The Risk of Medical Innovation. Risk Perception and Assessment in Historical Context*, dirs. Thomas Schlich et Ulrich Tröhler (Londres et New York : Routledge, 2006), 1-19. De manière générale, on pourra se référer à toute la tradition de recherche inspirée des travaux d'Ulrich Beck – *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité* (Paris : Champs, 2001) – ou de Niklas Luhmann – *Risk : A Sociological Theory* (New York : Aldine de Gruyler, 1993) – et portant sur la conception sociale du risque.

En fait, les mésententes concernant ces seuils d'acceptabilité clinique traversent de bout en bout l'histoire de la chirurgie de l'obésité. Les récits classiques de son parcours, qui mène aujourd'hui à un début d'intégration hospitalière, masquent en fait des débats qui, derrière une métaphore économique des coûts et des bénéfices, opposent des conceptions divergentes de la légitimité chirurgicale. Concrètement, ces récits cachent surtout qu'à la toute fin des années 1970, une procédure qui avait presque réussi à s'imposer comme cure standard de l'obésité morbide s'était aussitôt évanouie, écrasée sous les statistiques de ses complications post-opératoires et délégitimée pour avoir défié les représentations classiques du domaine chirurgical. Le présent article, dont l'analyse se limite à cette unique procédure, le court-circuit jéjuno-iléal, et aux causes de son abandon à l'aube des années 1980, porte sur la difficulté qu'il peut y avoir à utiliser des seuils chiffrés comme « technologies décisionnelles » objectives.⁸ De ce point de vue, compte tenu du succès actuel de la chirurgie bariatrique comme spécialisation médicale autonomisée, l'échec de la première procédure à avoir prétendu traiter les grandes obésités permettra d'illustrer l'équivocité des données, le moment venu de déterminer la valeur thérapeutique globale d'un traitement chirurgical.⁹ Apparu au milieu des années 1950 comme approche expérimentale, le court-circuit jéjuno-iléal avait en effet suscité suffisamment d'intérêt pour prétendre, vingt ans plus tard, à une normalisation clinique – normalisation qui lui fut, en fin de compte, refusée.

Histoire, science et chirurgie

Selon la représentation d'ensemble que les chirurgiens bariatriques se donnent de leur pratique et de son histoire, l'accumulation des données scientifiques expliquerait largement, à elle seule, le succès contemporain de l'entreprise. Cette histoire toute disciplinaire raconte donc la réussite d'un savoir ; elle retrace les étapes d'un lent perfectionnement technique et célèbre les innombrables corrections procédurales qui en assurèrent conjointement le succès et la stabilisation.¹⁰ Elle trouve son rythme dans

8. Marc Berg, *Rationalizing Medical Work : Decision-Support Techniques and Medical Practices* (Cambridge : MIT Press, 1997), 46-52.

9. À ce propos : Evelleen Richards, « The Politics of Therapeutics Evaluation : The Vitamin C and Cancer Controversy », *Social Studies of Science* 18, 4 (1988) : 653-701 ; Theodore M. Porter, *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life* (Princeton : Princeton University Press, 1995), 193-215 ; Stanley Joel Reiser, *Technological Medicine. The Changing World of Doctors and Patients* (Cambridge : Cambridge University Press, 2009), 105-128.

10. Edward E. Mason, « Evolution of Bariatric Surgery », in *Laparoscopic Bariatric Surgery*, dirs. William B. Inabnet, Eric J. DeMaria et Sagyed Ikramuddin (Philadelphie : Lippincott, 2005), 3-12.

l'évolution rationnelle d'un calcul de ratio, calibré par la recherche clinique, et dont les paramètres chiffrés se font le reflet d'un objectivisme nettoyé de tout parti pris :

The evolution of bariatric procedures and the emergence of new techniques is a function of the cost/benefit ratios for the various operative interventions. Factors to be considered in this ratio are the efficacy of weight loss [...], lasting weight loss obtained, operative mortality and peri-operative morbidity, long-term morbidity, quality-of-life achieved, and financial burdens of the procedure, as well as reversibility to provide a safe retreat from a potential iatrogenic catastrophe.¹¹

Si un tel récit à causalité technique n'exclut pas d'emblée d'autres histoires, plus « externalistes » ou plus « sociales », elle les réduit néanmoins à leur plus simple expression et leur impose de ces raccourcis les plus à pic :

The concept that obesity was a disease that could be successfully treated by an operation was accepted first by the severely obese ; they welcomed relief from their morbidity, their repeated failures in dieting, and the disrespect shown them by society. The medical profession gradually accepted obesity surgery when they found that it provided a solution for complications and morbidity that needed treatment, which until then they had been unable to provide.¹²

Cette lecture des faits passe notamment sous silence les différents mouvements sociaux réfractaires à la chirurgicalisation de l'obésité. Sans doute furent-ils, pour la plupart, résolument tenus à la marge des débats médicaux, et n'exercèrent-ils guère de réelle influence sur le travail des chirurgiens.¹³ Mais, et c'est ce dont on parlera ici, même une lecture

11. Henry Buchwald, Owen H. Wangensteen et Sarah Davidson Wangensteen, « The Arrival of Bariatric Surgery », in *Pioneers in Surgical Gastroenterology*, dirs. Walford Gillison et Henry Buchwald (Hartley : TFM Publishing, 2007), 67.

12. Edward E. Mason, « Historical Perspectives », in *Surgical Management of Obesity*, dirs. Henry Buchwald, George S. M. Cohen et Walter J. Pories (Philadelphie : Saunders/Elsevier, 1997), 3. D'une littérature disciplinaire qui, pour ne se renouveler que fort peu, commence à devenir volumineuse, on retiendra entre autres textes : Edward E. Mason, « Acceptance of Surgery for Obesity by Academic Surgeons in North America », *Obesity Surgery* 6, 3 (1996) : 218-223 ; Henry Buchwald, « Overview of Bariatric Surgery », *Journal of the American College of Surgeons* 195 (2002, Supplément 1) : 367-375 ; Daniel Del Castillo Déjardin et al., « The Evolution of Experimental Surgery in the Field of Morbid Obesity », *Obesity Surgery* 14, 9 (2004) : 1263-1272 ; Mervin Deitel et Scott A. Shikora, « The Development of the Surgical Treatment of Morbid Obesity », *Journal of the American College of Nutrition* 21, 5 (2002) : 365-371 ; Nelson Jenkins et al., « Who's Who in Bariatric Surgery : The Pioneers in the Development of Surgery for Weight Control », *Current Surgery* 62, 1 (2005) : 38-44 ; Louis F. Martin, « The Evolution of Surgery for Morbid Obesity », in *Obesity Surgery*, dir. Louis F. Martin (New York : McGraw-Hill, 2004), 15-48 ; Nicola Scopinaro, « Les principes de la malabsorption en chirurgie bariatrique », in *Chirurgie de l'obésité*, dir. Jérôme Dargent (Paris : Springer, 2009), 33-42.

13. À n'en pas douter, ces mouvements ne bénéficièrent en aucun moment d'une influence comparable à celle par exemple des représentants homosexuels auprès du monde médical,

« internaliste » minutieuse du débat médical sur la pertinence clinique des chirurgies de l'obésité ne s'accorde pas, elle non plus, avec une conception aussi lisse de l'établissement d'un consensus scientifique massif. À l'intérieur même du cercle des médecins, l'établissement d'une clinique chirurgicale de l'obésité souleva bien des passions.

L'histoire de la chirurgie d'obésité comme domaine pointu de spécialisation, dans sa version la plus largement véhiculée, calque sur une échelle réduite le récit devenu classique du parcours d'ensemble suivi par la chirurgie générale dans sa voie vers la modernité. Sur quelques dizaines d'années, en effet, elle condense cette mutation séculaire que l'historien Christopher Lawrence explique sans ambiguïté : « From being the treatment of last resort surgery was established itself as the therapy of choice. [...] Surgical intervention could be represented as the inevitable, scientific solution to disease, in comparison to which alternative solutions seemed inferior ».¹⁴ Or, dans le cas spécifique de la chirurgie bariatrique, cette représentation tend à masquer les débats de légitimité l'ayant longtemps tenue à distance de l'hôpital. Elle cache aussi qu'à la fin des années 1970, une procédure avait presque réussi à s'imposer comme cure standard de l'obésité morbide, avant de disparaître brusquement.

C'est ce premier moment, cet échec initial de la chirurgie bariatrique qui sera raconté ici. Non pas en tant qu'événement inaugural d'une pratique curative appelée à s'imposer dans la durée, mais inversement comme l'épisode clos d'une longue expérimentation médicale. Au-delà de ce que

lors de la découverte du SIDA, et telle que Steven Epstein a pu la décrire avec beaucoup de finesse, *Impure Science, AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge* (Berkeley : University of California Press, 1996). Cette différence dans les rapports des deux groupes avec l'ordre médical peut s'expliquer par l'activation de procédés de positionnement social forts distincts : pour les groupes homosexuels, le savoir médical pouvait servir d'argument adjuvant à l'encontre de la répréhension culturelle et religieuse, alors que pour les groupes d'acceptation sociale de l'obésité, le discours de la médecine tiendrait lui-même ce rôle « d'autorité morale stigmatisante ». Cf. Abigail C. Saguy et Kevin W. Riley, « Weighing Both Sides : Morality, Mortality, and Framing Contests over Obesity », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30, 5 (2005) : 869-921. Pour se faire une idée de la détermination qui animait certaines obèses morbides dans leur refus d'une cure chirurgicale de l'obésité, vers le milieu de la décennie 1970, et du rapport à la fois social et théorique qui les radicalisait du féminisme le plus radical de l'époque, on pourra se référer à l'ouvrage collectif du Fat Underground de Los Angeles : Lisa Schoenfielder et Barb Wieser, dirs., *Shadow on a Tightrope* (Iowa City : Aunt Lute Book Company, 1983), 155-193.

14. Christopher Lawrence, « Democratic, Divine and Heroic : The History and Historiography of Surgery », in *Medical Theory, Surgical Practice*, dir. Christopher Lawrence (Londres et New York : Routledge, 1992), 31-32. Voir aussi, pour un exemple classique de cette orientation analytique par un chirurgien historien : Owen H. Wangenstein et Sarah Davidson Wangenstein, *The Rise of Surgery. From Empiric Craft to Scientific Discipline* (Minneapolis : University of Minnesota Press, 1978), 14-15, 533-566.

suggère une rapide généalogie des techniques,¹⁵ une analyse au grain plus fin rappellera que la longue mésaventure du court-circuit jéjuno-iléal n'a pas été, pour la chirurgie bariatrique, qu'un point de départ ou une parenthèse expérimentale, féconde quoique délaissée. Elle constituait surtout un essai de formalisation thérapeutique à part entière, dont l'abandon ne s'est pas joué dans la cordiale harmonie d'un consensus d'expérimentateurs. Plutôt, il est l'effet d'un blocage externe, massif et résolu, s'affirmant alors que la chirurgie d'obésité que le court-circuit jéjuno-iléal résumait presque tout entière entreprenait déjà son premier déploiement sur l'aire hospitalière. En ce sens, le court-circuit jéjuno-iléal possède lui-même sa propre histoire, avec son début, ses développements spécifiques et sa fin définitive en forme de chute.

Une expérimentation de physiologie pathologique

Le premier cas documenté d'une intervention de chirurgie bariatrique date de septembre 1954, alors qu'un groupe de chirurgiens de l'Université du Minnesota faisait paraître dans la prestigieuse revue *Annals of Surgery* un article intitulé « An Experimental Evaluation of the Nutritional Importance of Proximal and Distal Small Intestine ».¹⁶ Bien que les praticiens d'aujourd'hui voient souvent en cet article le point de départ historique de toute la chirurgie bariatrique,¹⁷ le cadre à l'intérieur duquel il fut produit ne concernait en fait que bien marginalement le projet d'une médecine de l'obésité. Ses auteurs, Arnold J. Kremen, John H. Linner et Charles H. Nelson, s'intéressaient en effet d'abord et avant tout à un problème alors prépondérant de chirurgie gastro-intestinale, celui des complications nutritionnelles consécutives à des résections d'organes liés à la digestion. Il s'agissait là d'un phénomène iatrogénique passablement courant, et en tout cas suffisamment répandu pour avoir une identité pathologique propre, celle du « *short bowel syndrome* », ou syndrome du grêle court.¹⁸

15. Voir par exemple « l'arbre généalogique » de la famille procédurale dans : Henry Buchwald et Jane N. Buchwald, « Evolution of Operative Procedures for the Management of Morbid Obesity, 1950-2000 », *Obesity Surgery* 12, 5 (2002) : 707.

16. Arnold J. Kremen, John H. Linner et Charles H. Nelson, « An Experimental Evaluation of the Nutritional Importance of Proximal and Distal Small Intestine », *Annals of Surgery* 140, 3 (1954) : 439-447.

17. Buchwald, Wangenstein et Wangenstein, « The Arrival of Bariatric Surgery », 69 ; Edward E. Mason, « Historical Perspectives », in *Surgical Management of Obesity*, dirs. Henry Buchwald, George S. M. Cohen et Walter J. Pories (Philadelphie : Saunders /Elseviers, 1997), 3-9.

18. Henry N. Harkins et al., « The Billroth I Gastric Resection : Experimental Studies and Clinical Observations on 291 cases », *Annals of Surgery* 140, 3 (1954) : 405-424 ; Horace J. McCorkle et Horace A. Harper, « The Problem of Nutrition Following Complete Gastrectomy », *Annals of Surgery* 140, 3 (1954) : 467-474.

a) Le syndrome du grêle court

Les résections en cause étaient pratiquées en réponse à des maladies comme le cancer ou l'occlusion intestinale, ou parfois en réparation de blessures de guerre. Leur localisation et leur étendue étaient dictées par la matérialité concrète de la pathologie : ignorants de la fonction précise des membres qu'ils amputaient dans l'équilibre du vivant, les chirurgiens demeuraient dans le noir quant aux impacts métaboliques de leurs interventions. En somme, parce qu'encadrées par les aléas de la clinique plutôt que par le contexte contrôlé du laboratoire de médecine expérimentale, ces résections ne permettaient ni d'estimer les fonctions nutritionnelles spécifiques de chacun des segments intestinaux retirés du canal alimentaire ni de spéculer sur les risques de complications postopératoires. On ôtait du système digestif les zones visiblement atteintes, mais en toute méconnaissance des effets que cela aurait sur l'organisme, et même dans l'ignorance des chances de survie des sujets à long ou moyen terme.¹⁹

C'était donc ces importantes lacunes que les chercheurs du département de chirurgie de l'Université du Minnesota entendaient combler. Le dispositif expérimental qu'ils envisagèrent pour y parvenir avait ceci de particulier qu'il permettait de mesurer les conséquences métaboliques d'une résection intestinale partielle non pas en comparant ses effets d'un sujet à un autre — ce qu'autorisait minimalement et par ailleurs le suivi des patients déjà opérés — mais plutôt en analysant des variations à l'intérieur d'un seul et même sujet. Concrètement, il s'agissait en un premier temps d'établir cinq groupes de chiens composés de trois cobayes chacun, et de réséquer une portion intestinale identique sur chacun des trois chiens de chaque groupe, mais variant en extension ou en localisation d'un groupe de chiens à un autre. Cette section intestinale réséquée devait être maintenue vivante par un procédé appelé « fistule de Thiry-Vella », qui consistait à la greffer à la paroi abdominale de l'animal, de sorte qu'au bout d'une observation de vingt-quatre semaines, en un second temps, elle puisse être réintroduite dans la continuité intestinale, et que la section initialement laissée sur place soit à son tour retirée de la même manière, pour fins de comparaisons (fig. 1). En cours d'expérimentation, chacun des animaux fut régulièrement pesé et soumis à une diète savamment calculée, alors que la composition de ses selles était quotidiennement analysée. L'équipe de Kremen réussit de la sorte à établir que lorsque la portion distale du petit

19. Elden C. Weckesser et al., « Extensive Resection of the Small Intestine », *The American Journal of Surgery* 78, 5 (1949) : 706-714 ; Herbert Willy Meyer, « Acute Superior Mesenteric Artery Thrombosis : Recovery Following Extensive Resection of Small and Large Intestines », *Archives of Surgery* 5, 33 (1946) : 298-303.

intestin était exclue du canal digestif, l'évacuation des matières grasses alimentaires variait entre 72% et 88%, mais qu'inversement, lorsque c'était la portion proximale qui était retranchée, l'évacuation des graisses revenait à un niveau normal de 5% à 7%.²⁰

Figure 1. Protocole expérimental de Kremen et al. (1954)

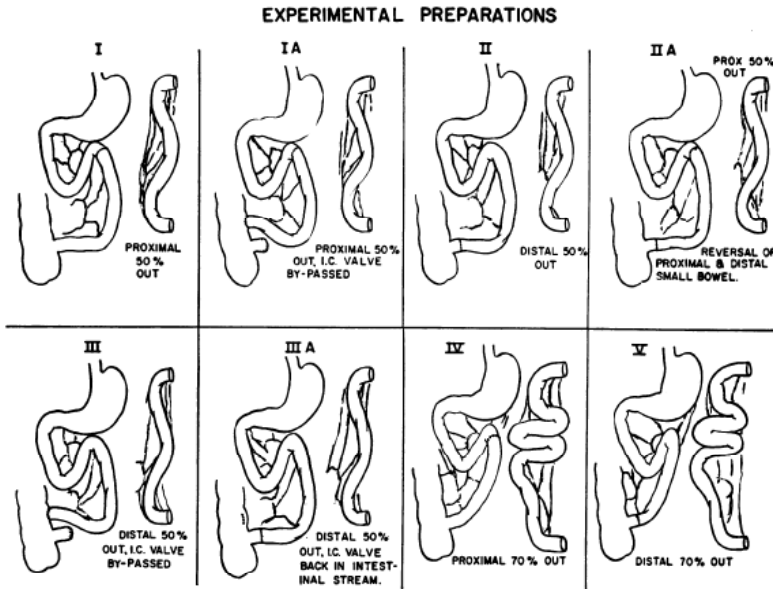


FIG. 1. Experimental animal preparations. (I) The proximal 50 per cent of small intestine removed from intestinal continuity as a Thiry-Vella fistula. Anastomosis at ligament of Treitz. (IA) Group I animals reoperated upon after 24 weeks with bypass of ileocecal valve. Distal two centimeters of ileum inverted and closed. (II) The distal 50 per cent of small intestine removed from intestinal continuity as a Thiry-Vella fistula. Anastomosis two to three centimeters proximal to ileocecal valve. (IIA) Group II animals reoperated upon after 24 weeks of observation. The previously excluded distal bowel replaced into the intestinal stream and the proximal 50 per cent of small bowel excluded as a Thiry-Vella fistula. (III) The distal 50 per cent of small intestine removed from intestinal continuity as a Thiry-Vella fistula. The terminal three centimeters of ileum closed and inverted. Anastomosis end-to-side to right colon. (IIIA) Group III animals reoperated upon after 24 weeks. The anastomosis to the right colon taken down with reanastomosis to the previously closed three-centimeter stump of terminal ileum. (IV) The proximal 70 per cent of small intestine removed from intestinal continuity as a Thiry-Vella fistula. Anastomosis at ligament of Treitz. (V) The distal 70 per cent of small intestine removed from intestinal continuity as a Thiry-Vella fistula. Anastomosis two to three centimeters proximal to ileocecal valve.

Source: Arnold J. Kremen, John H. Linner et Charles H. Nelson, « An Experimental Evaluation of the Nutritional Importance of Proximal and Distal Small Intestine », *Annals of Surgery* 140, 3 (1954) : 440.

Les conclusions qu'en tirèrent les chirurgiens furent conséquentes : « As a result of these studies it is apparent that in the dog, the major discernible abnormality after loss of the distal small bowel is a marked diminution in efficiency of fat absorption associated with loss of weight ». La

20. Kremen, Linner et Nelson, 444.

diminution des capacités de l'organisme à absorber les graisses était rangée sous le signe de l'anomalie, tandis que le maintien de ces mêmes capacités à des niveaux physiologiques plus normaux, malgré le raccourcissement de l'intestin, était salué comme une victoire chirurgicale : « On the other hand, after sacrifice of comparable lengths of the proximal small intestine, the animal's weight is satisfactorily maintained near pre-operative levels, and no great interference with fat absorption is observed ». ²¹ Reportées dans la clinique, ces observations devaient aider les chirurgiens à déterminer l'extension et la localisation de leurs interventions sur des patients humains atteints de cancers ou d'occlusions intestinales, afin d'en minimiser les effets néfastes, ou à tout le moins d'en anticiper les complications postopératoires les plus lourdes.

Un usage plus audacieux des données recueillies apparaissait également, mais il impliquait qu'on inverse complètement la problématique du métabolisme des graisses. Plutôt que d'envisager les anomalies d'assimilations lipidiques produites par ces chirurgies comme des problèmes iatrogéniques qu'il convenait d'éviter, les chirurgiens pouvaient aussi bien aborder la question sous un angle différent et les envisager plutôt comme des effets à portée thérapeutique qu'il serait dès lors souhaitable d'induire. C'est en méditant cette possibilité, encore toute théorique et contraire à leurs visées initiales, que Kremen et ses collègues formulèrent ce qui allait devenir le programme de la chirurgie de l'obésité : « Another consideration, which to date has not received clinical trial, is the possibility of treating extreme cases of obesity by removing from intestinal continuity sufficient small bowel to produce weight loss without any other serious hazard or impairment ». Ils énonçaient même le cadre expérimental à suivre en indiquant à titre d'hypothèse les segments sur lesquels devrait porter une telle intervention : « It is entirely possible that such an effect could be obtained by the sacrifice of most of the ileum with preservation of the ileocecal juncture ». Enfin, sans plus de détails, ils marquaient leur territoire : « One such case has recently been treated in this fashion, and will be reported in a subsequent publication ». ²²

En 1954, le cas réussit à piquer la curiosité des participants au congrès de l'American Surgical Association. Mais comme les risques qu'il comportait suffisaient à détourner des chirurgiens, engagés par ailleurs dans d'autres projets, à s'y aventurer seuls avec trop d'empressement, tout resta en suspens. Mieux valait attendre que d'autres fournissent des résultats ²³ et

21. Kremen, Linner et Nelson, 439.

22. Ibid., 445.

23. John H. Linner, « Early History of Bariatric Surgery », *Surgery for Obesity and Related Diseases* 3, 5 (2007) : 570.

qu'entre-temps on s'astreigne à une clinique plus commune.²⁴ Et puis peu à peu, l'enthousiasme des débuts commençait à céder la place à un casse-tête de complications cliniques. Au cours des deux premières années, la patiente, Ruth Dvork, perdit en effet trente-cinq livres, son poids se stabilisant autour des 240 livres, et elle se porta bien. Mais les choses se compliquèrent par la suite. La patiente développa une ulcération du duodénum nécessitant, en 1956, une vagotomie et une pyloroplastie, puis une hémigastrectomie en 1967. À côté de ces accidents aigus, tout un chapelet de complications plus ou moins chroniques vint également assombrir le tableau : hernies, hépatites, troubles électrolytiques intermittents; carences minérales généralisées en calcium, en potassium, en magnésium; artériosclérose, cirrhose, stéatose hépatique... En 1971, son opération fut révisée. Sa perte de poids était jugée insatisfaisante et on lui retira une section intestinale supplémentaire, le segment entérique fonctionnel étant cette fois réduit à moins de 15% de sa longueur naturelle, pour 40 centimètres de jéjunum et 15 d'iléon. Son poids se remit à chuter, atteignant un seuil de 171 livres, mais se stabilisa par la suite à la hausse, vers les 190 livres.²⁵ Bien que son taux de cholestérol ait été normal, elle développa au cours des ans une insuffisance coronarienne et mourut en 1981, à l'âge de 61 ans, d'un infarctus du myocarde.²⁶ Le succès expérimental, décidément, brillait soudainement d'un éclat plus terne. Aussi le cas de Ruth Dvork ne fut-il documenté dans les revues médicales qu'à partir des années 1980, de manière presque anecdotique, et finalement bien plus pour mémoire que sur la base d'une authentique discussion scientifique.

b) Un programme de recherches

Ce cas unique et peu concluant allait néanmoins susciter suffisamment d'intérêt pour que d'autres chirurgiens reprennent à leur propre compte l'idée d'une chirurgie de l'obésité et qu'ils en fassent l'objet d'un véritable programme de recherche. Leurs premiers résultats ne commencèrent à être communiqués qu'en 1963, mais la chronologie est en fait beaucoup plus serrée que l'écart de dix ans entre les publications ne le laisse croire. Cette fois, le contrôle pondéral à des fins curatives était présenté d'emblée comme l'objectif terminal de la démarche : « In the course of continuing studies of the basic nature and treatment of the obese state, opportunity arose in 1956 to study the metabolic effects on patients

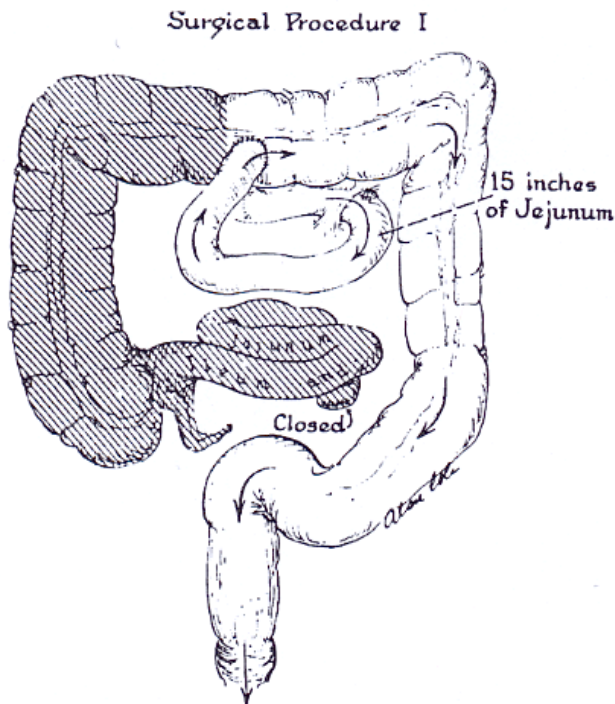
24. John H. Linner, « Preface », in *Surgery fo Morbid Obesity*, dir. John H. Linner (New York : Springer-Verlag, 1984), XII.

25. John H. Linner, « A Summary of 24 Years Experience with Surgery for Morbid Obesity », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33 (1980, suppl. 2) : 504-505.

26. Charles G. Rogers, Lloyd P. Champagne et J. Patrick O'Leary, « Intestinal Bypass. The Beginning of the Quest », *Problems in General Surgery* 9, 2 (1992) : 242.

who had a planned controlled intestinal bypass operation ». ²⁷ L'étude était menée par trois médecins, John Howard Payne, Loren T. DeWind et Robert Commons, du Département de chirurgie de l'Université Southern California. Sous plusieurs aspects, elle se démarquait de celle conduite par Kremen, et d'abord en ce qu'elle reposait sur une série de sujets humains composée de dix patientes qui, contrairement aux cobayes canins de l'étude initiale, subirent toutes exactement la même opération, une anastomose jéjuno-colique. La procédure impliquait de ne conserver en fonction qu'un peu moins des quarante premiers centimètres du jéjunum, que les chirurgiens faisaient aboucher au milieu du côlon transverse ; elle commandait donc que soit défonctionnalisés la section distale du jéjunum, tout l'iléon ainsi que la moitié proximale du gros intestin (fig. 2).

Figure 2. Payne et DeWind (1956-1963) : Court-circuit jéjuno-colique avec anastomose terminolatérale [End-to-side jejuno-transverse colostomy]



Source : J. Howard Payne, Loren T. DeWind et Robert R. Commons, « Metabolic Observations in Patients with Jejunocolic Shunts », *The American Journal of Surgery* 106 (1963) : 274.

27. J. Howard Payne, Loren T. DeWind et Robert R. Commons, « Metabolic Observations in Patients with Jejunocolic Shunts », *The American Journal of Surgery* 106 (1963) : 273.

Toutes les patientes furent opérées au Good Samaritan Hospital de Los Angeles, entre mai 1956 et novembre 1961, dont la moitié durant le seul mois de juillet 1957. Toutes furent recrutées sur une base volontaire, acceptant les risques et les incertitudes liés à une démarche expérimentale. Toutes, surtout, souffraient d'une « obésité incontrôlable » dont les chirurgiens, pour la première fois, risquaient une définition:

In our opinion, uncontrolled obesity exists when the patient is at least 125 pounds overweight, all other methods to control weight have been tried and failed, and life was endangered by an associated disease such as cardiopulmonary failure (Pickwickian syndrome), diabetes, hypertension and liver disease.²⁸

Cette définition, qui se voulait aussi rigoureusement discriminante que possible, ne devait autoriser les chirurgiens qu'à intervenir sur les patientes dont l'obésité se faisait la plus menaçante, celles-là chez qui les risques pathologiques relevant de la maladie elle-même dépassaient manifestement les possibilités d'accidents iatrogéniques. Précaution médicale de base : le traitement ne devait pas se faire plus menaçant que la maladie. Celle-ci, corrélativement, devait être d'autant plus grave que le traitement n'en était qu'à un stade hautement spéculatif, et qu'au regard des multiples incertitudes qui planaient sur lui, on pouvait en attendre un bon nombre d'ennuis. À terme, de toute manière, le protocole expérimental stipulait que la continuité intestinale devait être rétablie, en tout ou en partie, soit qu'un poids jugé idéal eut été atteint, soit qu'une complication majeure l'exigeât plus tôt.

Les complications, de fait, furent nombreuses : hernies, carences électrolytiques, pertes de cheveux, thrombophlébites et embolies pulmonaires, la dysfonction la plus sérieuse étant sans doute une chute drastique des niveaux de potassium et de calcium sanguins, qui affecta toutes les patientes et dont l'importance chez deux d'entre elles obligea les médecins à rétablir d'urgence la continuité intestinale intégrale. Dans l'ensemble, pourtant, ces complications furent toutes ramenées au mécanisme curatif lui-même : on aimait à les considérer non comme des accidents, mais comme des effets secondaires accompagnant la cure. Si la recherche en chirurgie d'obésité semblait promise à un bel avenir, c'était en partie parce que les chirurgiens avaient encore le loisir de rapporter leurs résultats les moins favorables à une argumentation en deux temps qui légitimait leurs travaux. D'une part, par un procédé commun dans la science contemporaine et décrit par le sociologue Ulrich Beck, les chirurgiens firent porter un premier ensemble d'événements fâcheux sur le compte de la jeunesse de leur domaine de recherches :²⁹ sans surprise, les

28. Payne, DeWind et Commons, 273.

29. Beck, 241.

hernies chirurgicales ou les carences vitaminiques n'attendaient qu'une correction technique qui viendrait les régler. Inversement, toutefois, et de manière plus singulière, d'autres accidents plus complexes étaient renvoyés par les praticiens à des effets physiologiques méconnus, qui produisaient dans l'immédiat des effets contraires à la santé, mais dont on attendait qu'à terme, ils s'avèrent participer d'une lutte active du corps contre sa maladie.³⁰

L'engouement des débuts permettait ainsi de passer outre ces fatalités attachées à la cure, jusqu'à conclure avec un enthousiasme bon enfant : « Surgical complications were minimal. In fact, we were delightfully surprised to see how well these enormous persons tolerated major surgical procedures ». Le bilan semblait bon : « There has been no surgical mortality ».³¹ Ce qui en toute rigueur était faux puisqu'une patiente, W. H., était morte subitement d'embolie pulmonaire l'avant-veille de Noël 1957. Mais comme cette mort survenait cinq mois précisément après qu'elle eut reçu son congé de l'hôpital, les causes n'en étaient pas considérées comme directement chirurgicales. Et surtout, puisque les patientes revenaient au moins à leur poids d'origine une fois l'expérience terminée, c'est-à-dire une fois leur continuité intestinale restaurée, il semblait adéquat d'explorer plus avant les effets d'une manipulation de l'appareil digestif sur les équilibres nutritionnels. Pour Payne et DeWind, les limites physiologiques du court-circuit jéjuno-iléal n'avaient pas encore été atteintes : « The minimum amount of small intestine required to support life has not been established, but our studies indicate it will be very little ».³² La liste des complications était d'évidence tenue pour négligeable. Elle était longue, pourtant.

c) Un sujet controversé

Si longue, en fait, qu'elle conduisit la communauté médicale à se ranger derrière un avis beaucoup plus conservateur quant au destin du traitement chirurgical de l'obésité. Leon Goldman, par exemple, alors directeur du Département de Chirurgie de l'Université de Californie à San Francisco et chirurgien spécialiste des interventions gastro-intestinales, reconnaissait la

30. Loren T. DeWind, « Discussion », *The American Journal of Surgery* 106 (1963) : 288. Au sujet de la stéatose hépatique, par exemple, qui allait en fin de compte s'avérer le facteur réhibitoire le plus significatif contre l'intégration clinique du court-circuit jéjuno-iléal, DeWind imaginait cette explication rassurante et empreinte de générosité : « We do not know [...] whether or not in patients who are extremely obese in the mobilization of fat the liver may play an important role, and what we see may be just a transient phase of fat mobilization which, once the weights became stabilized and a period of time went by, would result in a return to normal histology of the liver ».

31. Payne, DeWind et Commons, 285.

32. *Ibid.*, 287.

valeur heuristique de l'étude de Payne, DeWind et Commons sur le plan des connaissances qu'elle validait à propos de la prise en charge de patients à qui l'on devait amputer plus ou moins sévèrement les intestins. Mais surtout, il saluait du même souffle l'honnêteté des auteurs pour avoir montré l'incapacité des patientes à maintenir leur poids idéal. Partant de leurs données, il concluait tout différemment d'eux : « We know that resection of the small intestine with the preservation of 15 to 20 inches of proximal jejunum [...] is almost always incompatible with maintenance of life. [...] When considered *in toto*, the small bowel, unlike the stomach or colon, is a vital organ ».³³ Un autre praticien, Jack M. Farris, partageait cet avis. Professeur de chirurgie à UCLA, reconnu pour ses travaux sur les ulcères gastro-intestinaux, il adressait à Payne et à ses collègues des félicitations tout aussi équivoques pour la clarté qu'ils avaient su mettre dans la présentation de leurs résultats :

I simply want to congratulate Dr. Payne on the honest and forthright manner in which this most interesting subject was presented. I think he has made it clear that he is not advocating this operation as a definitive cure for obesity and that in certain instances it is incompatible with life. I think, in all fairness, one should say that perhaps this operation does have a limited life-saving application to certain persons who might be dying from the effects of obesity.³⁴

Non seulement, pour la communauté médicale, la procédure apparaissait-elle globalement comme étant d'une inefficacité curative vérifiée, la graisse faisant retour dans le corps avec le rétablissement nécessaire de la continuité intestinale, mais encore était-elle perçue comme radicalement incompatible avec la santé, les complications métaboliques l'accompagnant étant à ce point redoutables qu'elles prenaient le pas sur les bénéfices potentiels. Déjà, en 1963, sans ironie mais par un bel euphémisme, les promoteurs de la chirurgie d'obésité pouvaient parler de leur pratique comme d'un « somewhat controversial subject ».³⁵

La controverse devait perdurer, prendre de l'ampleur, à mesure que la recherche allait progresser sur le sujet. Devant l'absence de succès des méthodes conventionnelles comme la diète, le jeûne complet ou les traitements pharmacologiques, l'intérêt pour une clinique chirurgicale de l'obésité commençait à se diffuser à l'extérieur des réseaux chirurgicaux qui

33. Leon Goldman, « Discussion », *The American Journal of Surgery* 106 (1963) : 287 ; J.E. Dunphy, G.S. Gordan et H.A. Harper, « Leon Goldman, Surgery : San Francisco. 1904-1975. Professor Emeritus », in *University of California : In Memoriam, May 1977*, ed. University of California Academic Senate (Berkeley : University of California, 1977), 114-115.

34. Jack M. Farris, « Discussion », *The American Journal of Surgery* 106 (1963) : 288 ; Jack C. Fisher, Arnost Fronek et Nicholas A. Halasz, « Jack M. Farris, Surgery : San Diego. 1912-1990. Professor-in-Residence, Emeritus », in *University of California : In Memoriam, 1990*, dirs. Daniel Krogh et University of California Academic Senate (Oakland : University of California, 1990), 25-26.

35. J. Howard Payne, « Closing », *The American Journal of Surgery* 106 (1963) : 289.

l'avaient porté initialement. Au milieu des années 1960, déjà, une rhétorique centrée sur la seule efficacité amaigrissante des différents traitements permettait d'argumenter en faveur d'une ouverture hospitalière aux approches novatrices :

Symptomatic obesity is notably difficult to treat successfully. Obesity clinics, offering near ideal medical, psychiatric, dietetic, and social support, report results no more than fair ; relapse is the rule, and there is a wide gap between effort expended and results obtained. Therapy by individual physician is no more effective. [...] Another approach to obesity has been creation of a reversible, short bowel syndrome by surgical bypass of part of the small intestine.³⁶

Les complications consécutives au traitement chirurgical, bien entendu, étaient prises en ligne de compte. Stéatorrhée, chute des électrolytes, hypocalcémie, hypomagnésie, défaillances hépatiques, toutes étaient portées en bonne et due forme au registre des désastres expérimentaux attestés, et contribuaient à retarder, sinon à interdire l'intégration du court-circuit jéjuno-iléal à l'outillage hospitalier régulier. Mais les pertes de poids, chiffrées bien nettement dans des mesures simples et lisibles sur les pèse-personnes, encourageaient les chirurgiens à persévérer. Leur calcul se réduisait à une thermodynamique simple, mais convaincante : « to eliminate 100 pounds of excess fat, the energy content of which is about 400,000 calories, would take from six months to one year with complete fasting ».³⁷ Conséquemment, des pertes records de près de 400 livres, atteintes expérimentalement sur une période aussi courte que trente-six mois, auraient théoriquement correspondu, transposées dans le cadre d'une médecine moins invasive, à un jeûne absolu d'une durée impensable de vingt-quatre à quarante-huit mois.

Cette situation laissait la communauté médicale en face d'un dilemme, exigeant d'elle qu'elle choisisse entre une cure à hauts risques et une pratique classique aux piètres résultats. Les chirurgiens bariatriques, eux, choisirent une voie mitoyenne, celle d'entreprendre des recherches procédurales. La solution était belle : sans métaphore aucune, il s'agissait purement de trouver la bonne mesure, celle d'une longueur d'intestin qui réaliserait l'équilibre entre les aspects opposés de l'efficacité thérapeutique

36. Alfred P. Morgan et Francis D. Moore, « Jejunioleostomy for Extreme Obesity : Rationale, Metabolic Observations, and Results in a Single Case », *Annals of Surgery* 166, 1 (1967) : 75. Voir aussi : Albert Stunckard et Mavis McLaren-Hume, « The Results of Treatment for Obesity : A Review of the Literature and Report of a Series », *AMA Archives of Internal Medicine* 103, 1 (1959) : 79-85 ; Jean Mayer, « Some Aspects of the Problem of Regulation of Food Intake and Obesity », *The New England Journal of Medicine* 274, 12 (1966) : 610-616.

37. Jack M. Farris, « Discussion on Payne and DeWind », *The American Journal of Surgery* 118, 2 (1969) : 147.

et de la dérive iatrogénique. On savait d'ailleurs le dire assez crûment : « [...] there is a therapeutic zone between significant diarrhea on one hand and negligible loss of absorptive capacity on the other ».³⁸ Au milieu des années 1960, déjà, la communauté médicale se déchirait sur un calcul possible du ratio coût/bénéfice qui permettrait d'attribuer à la chirurgie d'obésité un avantage thérapeutique réel sur les autres cures, et à terme d'ouvrir devant elle la voie d'une normalisation clinique.³⁹

Une tentative de normalisation clinique

L'essentiel de la recherche en chirurgie de l'obésité, pour les décennies à venir, allait se résumer à la quête de cette « zone thérapeutique » qui assurerait l'équilibre entre les risques encourus par le traitement et les bénéfices nets offerts par lui. Concrètement, cela allait en un premier temps conduire à une multiplication tous azimuts des approches procédurales dans le traitement de l'obésité, si bien qu'en 1983, on ne recensera pas moins de vingt-et-un types distincts d'interventions, depuis la fixation mandibulaire et jusqu'à la lacération hypothalamique, avec chacune ses sous-variantes plus ou moins expérimentales.⁴⁰ Une singularité de nature épistémologique conditionnait cette prolifération indéfinie des approches.

Les historiens s'entendent globalement pour réfuter une interprétation sans relief des développements de l'art chirurgical, selon laquelle une philosophie très empirique aurait suffi aux praticiens, en l'absence de toute conception doctrinale du pathologique. Tout au contraire, et reprenant en cela l'essentiel d'un texte célèbre d'Owsei Temkin,⁴¹ Thomas Schlich insiste sur l'importance qu'eut le regard chirurgical dans la découverte, tôt

38. Morgan et Moore, 76.

39. Lawrence C. Wood et Athanassios N. Chremos, « Negative Results : Treating Obesity by 'Short-Circuiting' the Small Intestine », *Journal of the American Medical Association* 186, 1 (1963) : 63 ; William E. DeMuth et Hans S. Rottenstein, « Death Associated with Hypocalcemia After Small-Bowel Short Circuiting », *The New England Journal of Medicine* 270, 23 (1964) : 1239-1240 ; George F. Bondar et Walter Pisesky, « Complications of Small Intestinal Short-Circuiting for Obesity », *Archives of Surgery* 94, 5 (1967) : 707-716 ; Éditorial, « Complications of Intestinal Bypass for Obesity », *Journal of the American Medical Association* 200, 7 (1967) : 638 ; Stephen Kantor, « Intestinal Bypass for Obesity », *Journal of the American Medical Association* 201, 7 (1967) : 562-563.

40. John G. Kral, « Surgical Therapy », in *Obesity*, ed. M.R.C. Greenwood (New York : Churchill Livingstone, 1983), 25-38 ; George A. Bray, *The Obese Patient* (Philadelphie : Saunders, 1976), 411-445 ; R. Michael Baddeley, « Surgical Techniques in the Treatment of Obesity », in *The Treatment of Obesity*, dir. John F. Munro (Baltimore : University Park Press, 1979), 165-198. Cf. Flemming Quaade, « Stereotaxic Stimulation and Electrocoagulation of the Lateral Hypothalamus in Obese Humans », *Acta Chirurgica* 30, 1-2 (1974) : 111-117 ; Deitel et Shikora, 365-371 ; Jenkins et al., 38-44.

41. Owsei Temkin, « The Role of Surgery in the Rise of Modern Medical Thought », *Bulletin of the History of Medicine* 25, 3 (1951) : 248-259.

au XIX^e siècle, d'un volume interne du corps où la lésion anatomopathologique pouvait être localisée, manipulée, éventuellement soignée, avec des conséquences appelées à réformer l'ensemble de la pensée médicale.⁴² Selon Christopher Lawrence, c'est d'ailleurs cette introduction d'une nouvelle théorie unifiée du corps et de la maladie dans l'espace médical qui aurait permis à la chirurgie de se hisser au statut de prestige qui est le sien depuis environ deux siècles.⁴³ Grâce à cette conception matérialiste des ordres morbides, l'acte mécanique de coupe propre à la chirurgie devait être appelé à se déployer au-delà d'une simple libération des maux externes, largement contenue et symbolisée dans le geste à peine médical de l'amputation.⁴⁴ Se référant plus précisément à une théorie tissulaire ou cellulaire de la pathologie, la chirurgie se ferait extractive, alors que sa coupe s'enfoncerait toujours plus loin, mais toujours plus finement aussi, vers les profondeurs du corps. Étendant son champ d'intervention aussi loin dans l'organisme qu'une déviation anatomique pourrait le justifier, elle allait enfin se mettre à offrir des possibilités de guérison en retranchant du corps les racines profondes du mal.⁴⁵

Stabilisée depuis maintenant un bon siècle, cette représentation générale du geste chirurgical et de sa légitimité épistémologique s'avère peu favorable à sous-tendre une intégration clinique de la chirurgie bariatrique, qui ne s'y conforme guère. Dépourvue de cette lésion d'organe qui en ferait une maladie ajustée à la pensée anatomopathologique et localisatrice des XIX^e et XX^e siècles,⁴⁶ l'obésité s'avère n'être, du point de vue de sa médicalisation opératoire, qu'un objet bien précaire. Confinant la cure à un ensemble d'effets physiologiques, obtenus souvent au gré des manipulations les plus empiriques, la chirurgie bariatrique s'interdit par définition d'atteindre le noyau morbide et de défaire la maladie. C'est en tout cas cette

42. Thomas Schlich, « The Technological Fix and the Modern Body : Surgery as a Paradigmatic Case », in *The Cultural History of the Human Body*, vol. 6, dirs. Linda Kalof et William Bynum (Londres : Berg Publishers, à paraître en 2010). Sur le même avènement de la pensée localisatrice en médecine, mais avec l'insistance sur le rôle de la chirurgie en moins, deux textes classiques : Michel Foucault, *Naissance de la clinique* (Paris : Presses Universitaires de France, 1963) ; Knud Faber, *Nosography : The Evolution of Clinical Medicine in Modern Times* (New York : AMS Press, 1978).

43. Lawrence, 15.

44. Wangensteen et Wangensteen, 16-64.

45. Ulrich Thröler, « Surgery (Modern) », in *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, dirs. William Bynum et Roy Porter (Londres et New York : Routledge, 1993), 987.

46. Aujourd'hui encore, et malgré les avancées de la génétique, l'obésité demeure une « maladie sans lésion », qu'à défaut de mieux on caractérise volontiers comme « bio-psycho-sociale ». Cf. Jeffery Sobal, « Social and Cultural Influences on Obesity », in *International Textbook of Obesity*, dir. Per Björntorp (New York : John Wiley & Sons, 2001), 305-322.

critique que suggère l'analyse historique de la prolifération procédurale des années 1970, et que soulignent les débats soulevés par la tentative ratée de normalisation clinique du court-circuit jéjuno-iléal. Le concept flottant de « zone thérapeutique » devait pallier à cette insuffisance fondamentale : à défaut de localiser l'anomalie porteuse du mal, on espérait déterminer l'espace d'une intervention technique dont l'efficacité compenserait les lacunes d'anatomopathologie. Par un effet technoscientifique de rétroaction, pour reprendre une expression suggérée par Thomas Schlich, une technologie fonctionnelle allait absorber la perception et la définition d'un problème de santé dans les limites de son propre cadre analytique, et les quadriller de telle sorte qu'elles ne se réduisent plus qu'à de simples questions de développement technologique, avec toutes les fuites vers l'avant que cela suppose.⁴⁷

Expansion du domaine de recherche

En 1969, Payne et DeWind suggéraient un correctif important à leur procédure. Déçus par ses résultats à moyen terme, ils décidèrent d'essayer une nouvelle approche : « Weight gain to preshunt levels occurred promptly in all subjects whose intestinal continuity was restored to normal. For these reasons, this approach, jejunocolic shunt, was abandoned ».⁴⁸ Quoiqu'ils en aient dit *a posteriori*⁴⁹, l'enjeu n'était donc pas tant de réduire les complications postopératoires que de maximiser l'efficacité du traitement en évitant l'écueil d'une inévitable reprise pondérale : « We and others have tried to develop a technic which could be applied with safety and would avoid the necessity of a second operation to restore intestinal continuity with consequent serious weight gain ».⁵⁰ La solution semblait simple : trouver au canal intestinal une configuration qui, bien qu'artificiellement raccourcie et tenue à son minimum, saurait maintenir en vie l'organisme et se faire permanente. L'obésité, au passage, se signalait comme une maladie chronique qui, à partir de là, serait traitée sans l'espoir d'une pleine rémission.⁵¹

47. Schlich, « The Technological Fix and the Modern Body », n.p.

48. J. Howard Payne et Loren T. DeWind, « Surgical Treatment of Obesity », *The American Journal of Surgery* 118, 2 (1969) : 141.

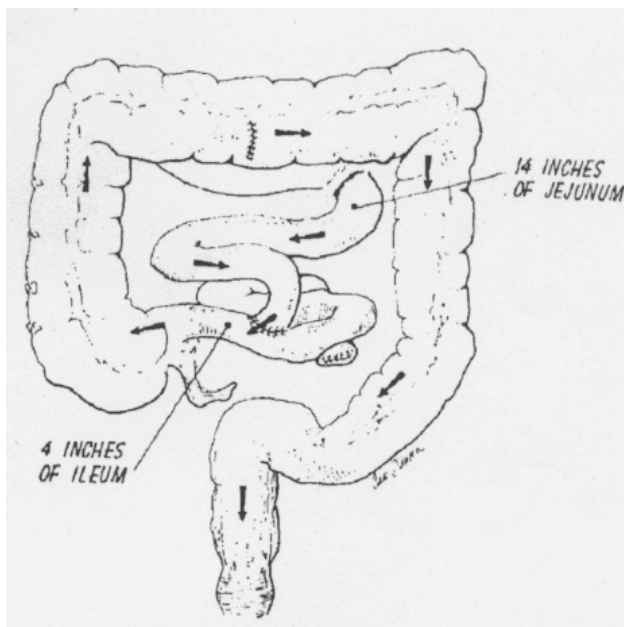
49. Salué en 1981 par la revue *Current Contents* pour le volume des citations faites de son article de 1969, Payne en réinterprétait les conclusions d'ensemble dans une direction contraire à celle que livrait le texte original : « Our conclusions were that jejunocolic bypass resulted in metabolic disaster and this operation should be abandoned ». John Howard Payne, « This Week's Citation Classic », *Current Contents* 48 (1981) : 359.

50. Ibid.

51. George A. Bray, *The Battle of the Bulge : A History of Obesity Research* (Pittsburgh : Dorrance, 2007), 411.

Après avoir essayé des pontages de différentes longueurs sur plus d'une vingtaine de patients, Payne et DeWind convinrent du modèle qui leur semblait le mieux adapté aux besoins d'une thérapeutique de l'obésité. Ils se mirent d'accord sur un court-circuit jéjuno-iléal ne conservant que 14 pouces d'iléon pour 4 de jéjunum (*14''+4'' end-to-side jejunoileostomy*, fig. 3), qu'ils appliquèrent ultérieurement à une soixantaine d'autres patients. La procédure avait initialement été suggérée par Charles D. Sherman, de l'Université de Rochester, et rendue publique en 1965 dans un numéro thématique de la revue *Annals of the New York Academy of Sciences* portant sur l'obésité et le métabolisme des graisses.⁵² Elle ne devait cependant rejoindre un véritable public de praticiens et s'imposer plus ou moins comme approche standard dans le traitement chirurgical de l'obésité qu'après que Payne et DeWind en eurent démontré l'efficacité curative sur une série clinique suffisamment longue. Dès lors, par contre, la réception fut rapide. Sitôt leurs résultats connus, la procédure se mit à essaimer, à trouver dans la hâte de nouveaux chirurgiens disposés à l'appliquer.

Figure 3. Payne et de Wind (1969) : Court-circuit jéjuno-iléal classique en 14''+4'' avec anastomose terminolatérale [Classic 14''+4'' end-to-side jejunoileostomy]



Source : J. Howard Payne et Loren T. DeWind, « Surgical Treatment of Obesity », *The American Journal of Surgery* 118, 2 (1969) : 142.

52. Charles D. Sherman et al., « Clinical and Metabolic Studies Following Bowel Bypassing for Obesity », *Annals of the New York Academy of Sciences* 131, 1 (1965) : 614-622.

Ainsi, au congrès annuel de la Southern Surgical Association de décembre 1969, une équipe de chercheurs réunie autour de H. William Scott, directeur du département de chirurgie à l'Université Vanderbilt, rendait publics les résultats d'une étude portant sur la chirurgie d'obésité. Ayant opéré onze patients, Scott et ses collègues insistaient sur l'importance de suivre, à la lettre et entre toutes, la méthodologie de Payne et DeWind, et soulignaient la nécessité de respecter scrupuleusement la longueur des segments d'intestins à conserver fonctionnels.⁵³ Un an plus tard, devant l'American Surgical Association, ils devaient pourtant se déclarer finalement insatisfaits des résultats obtenus : la moitié de leurs patients connaissaient toujours des complications qu'ils jugeaient trop graves, alors qu'inversement les pertes de poids observées dans leur cohorte s'avéraient nettement en deçà de leurs attentes. Aussi suggérèrent-ils des révisions de la procédure, proposant de raccourcir encore les segments intestinaux laissés en continuité et de revoir les modalités anastomotiques.⁵⁴ Comme d'autres groupes de chirurgiens, convaincus du potentiel curatif que recelait le court-circuit jéjuno-iléal mais mécontents des résultats qu'il procurait dans ses déclinaisons actuelles, ils allaient s'engager dans un véritable programme de recherches au sein de leur université.

Une autre équipe, encore à l'Université du Minnesota, y travaillait avec détermination autour de Richard L. Varco et Henry Buchwald. En 1975, après avoir passé en revue l'éventail des procédures existantes, ils exprimaient très clairement l'état d'approximation auquel se reconnaît un espace de recherche médicale qui n'est pas prêt à passer à la clinique : « The relative lengths of jejunum and ileum in functional continuity vary in the hands of different investigators. No available data indicate the preferential ratio for jejunum to ileum ». ⁵⁵ Leur méthode sans doute n'était pas la seule,⁵⁶ et sa complexité de manipulation la plaçait à l'évidence hors de la portée du premier praticien venu. Aussi resta-t-elle initialement confinée à un réseau passablement restreint de chercheurs dont l'expertise, l'environnement hospitalier et les moyens scientifiques offraient une conjoncture optimale pour le succès clinique de l'entreprise.

53. H. William Scott et al., « Jejunioleal Shunt in Surgical Treatment of Morbid Obesity », *Annals of Surgery* 171, 5 (1970) : 770-782.

54. H. William Scott et al., « Experience with a New Technique of Intestinal Bypass in the Treatment of Morbid Obesity », *Annals of Surgery* 174, 4 (1971) : 560-571 ; H. William Scott et al., « Body Composition in Morbidly Obese Patients Before and After Jejunioleal Bypass », *Annals of Surgery* 182, 4 (1975) : 395-403 ; Max R. Gaspard et al., « Comparison of Payne and Scott Operations for Morbid Obesity », *Annals of Surgery* 184, 4 (1976) : 507-513.

55. Henry Buchwald et al., « Intestinal Bypass Procedures. Partial Ileal Bypass for Hyperlipidemia and Jejunioleal Bypass for Obesity », *Current Problems in Surgery* 12, 4 (1975) : 25.

56. *Ibid.*, 28-30.

La panacée sauvage

Sauf que ce qui ne devait être au départ qu'une investigation préliminaire sur les possibilités d'une limitation thérapeutique des capacités absorbatives de l'organisme prenait de plus en plus les airs d'une cure courante, et que l'aura de panacée qui commençait à entourer le traitement chirurgical de l'obésité se transposait, du côté de la clinique, en une expansion incontrôlée, sauvage, du nombre des cas traités. De sorte que si le nombre officiel d'interventions pratiquées aux États-Unis, tel que recensé dans la littérature scientifique, pouvait paraître relativement restreint (moins de cinq mille pour l'ensemble de la décennie 1965-1975), une estimation plus rigoureuse, qui intégrait les opérations effectuées à l'extérieur de l'hôpital universitaire, avait de quoi inquiéter. Le véritable chiffre, en effet, s'avérait vraisemblablement jusqu'à quatre fois plus élevé, et se rapprochait plutôt des vingt mille.⁵⁷ La chirurgie d'obésité était en voie de se muer en une thérapeutique usuelle sans avoir fait l'objet de véritables essais cliniques, sans standardisation technique et sans être soumise à quelque encadrement institutionnel que ce soit.⁵⁸

Placés devant cette situation qui commençait à leur échapper, les chirurgiens spécialisés furent les premiers à réagir et à dénoncer comme hâtive cette intégration d'un domaine toujours instable dans la pratique médicale générale. Aussi l'avis qu'exprimaient Buchwald et ses collègues en 1975 semblait-il au premier abord rendre fidèlement compte d'une opinion commune, ressassée article après article chez les spécialistes de la chirurgie bariatrique :

Currently, we have noted that the medical community reluctance in regard to jejunoileal bypass has decreased, and the procedure (or procedures) is being performed in greater numbers. This trend we believe is not altogether a fortunate one. Jejunoileal bypass is not a panacea for the obese. It is not today, in our opinion, a community hospital procedure. We strongly recommend that the surgical treatment of obesity be confined to those surgical and medical groups who are demonstrably interested in the pathophysiology of morbid obesity and who are willing to commit the substantial time and effort critical to the long-term management and study of these patients.⁵⁹

Pourtant, et contre les premières apparences, cet engagement à protéger le public n'était guère mieux que velléitaire. Pour les chirurgiens de

57. Frank L. Iber et Martin Cooper, « Jejunioleal Bypass for the Treatment of Massive Obesity. Prevalence, Morbidity, and Short- and Long-Term Consequences », *The American Journal of Clinical Nutrition* 30, 1 (1977) : 13-14 ; Ronald A. Malt et Frederick G. Guggenheim, « Surgery for Obesity », *The New England Journal of Medicine* 295, 1 (1976) : 43-44.

58. John P. Bunker, David V. Hinkley et William V. McDermott, « Surgical Innovation and Its Evaluation », *Science* 200, 4344 (1978) : 937-941.

59. Buchwald et al., « Intestinal Bypass Procedures », 40.

l'Université du Minnesota, en effet, la question des complications post-opératoires, des risques chirurgicaux et des effets secondaires incontrôlables était globalement réglée, à la condition que les procédures soient confiées à un personnel de praticiens qualifiés et que ceux-ci adhèrent « to a well-conceived protocol and gives close attention to certain details before, during and after the operative procedure »⁶⁰. En somme, de leur point de vue, ces complications fondamentales qui pour d'autres délégitimaient le court-circuit jéjuno-iléal ne relevaient nullement d'une défaillance inhérente à la procédure ou d'un trop faible mûrissement scientifique. Plutôt, ils expliquaient par des facteurs externes les quelques ratés qui minaient la pratique, et notamment par l'incompétence de chirurgiens de seconde zone, mal préparés à s'y adonner et surtout résolument étrangers au cercle restreint des authentiques praticiens. Pour les pionniers, le problème auquel faisait face la chirurgie bariatrique ne relevait donc pas tant de sa sortie précoce du domaine expérimental que du manque de préparation dont souffrait l'univers hospitalier pour l'accueillir.⁶¹ En vertu de cette stratégie d'attribution des blâmes,⁶² la chirurgie d'obésité se devait de ne pas ralentir sa propre diffusion, mais de continuer au contraire à se déployer, tant il devenait urgent de structurer autour d'elle un réseau professionnel capable de la porter, avec ses promesses, dans une thérapeutique structurée garante de ses propres standards.⁶³

Cette appréciation optimiste de la situation ne suscitait pas l'unanimité dans la communauté médicale, loin s'en faut. Ainsi, dans un éditorial de 1971, le *British Medical Journal* s'émerveillait devant la complexité de la

60. Ibid.

61. Harry Marks décrit très bien ces multiples clivages qui parcourent la profession médicale au milieu du XX^e siècle, avec l'obsession carrément idéologique qu'ils suscitérent en faveur d'une réforme et d'une standardisation « scientifiques » de la pratique. Cette nouvelle médecine de rêve devait permettre sinon de surmonter tous les clivages professionnels, du moins de les aplanir, et elle aurait en tout cas garanti à la population une efficacité médicale maximale de tous les instants, depuis le moment du premier diagnostic et jusqu'à la rémission finale, *La Médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques, 1900-1990* (Paris : Le Plessis-Robinson/Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999), 18-20.

62. Thomas Schlich, dans son analyse de la traumatologie, a très bien expliqué cette stratégie de partage des torts dans la promotion des nouvelles techniques opératoires. Elle consiste tout bonnement à rejeter le blâme d'un échec vers les praticiens individuels, sous couvert de déontologie, lorsque surviennent des complications qu'un perfectionnement technique ne permet pas de prendre immédiatement en charge et de standardiser. Thomas Schlich, « Risk Assessment and Medical Authority in Operative Fracture Care in the 1960s and 1970s », in *The Risk of Medical Innovation. Risk Perception and Assessment in Historical Context*, dirs. Thomas Schlich et Ulrich Tröhler (Londres et New York : Routledge, 2006), 172-174.

63. Marc Berg décrit cette conception répandue de l'incompétence décisionnelle du médecin individuel en comparaison des pouvoirs rationnels de la médecine scientifique dans *Rationalizing Medical Work*, 172-174.

procédure, jugeant l'opération « formidable », mais campait néanmoins sur une position de prudence quant aux possibilités thérapeutiques qu'elle offrait dans l'immédiat : « Intestinal bypass for obesity is still an experimental procedure ». ⁶⁴ Bien entendu, il était toujours loisible d'en faire porter la faute sur une sélection trop lâche des patients, ⁶⁵ ou d'établir une liste de conditions générales qui permettrait plus ou moins d'accréditer un centre hospitalier, ⁶⁶ mais dans l'ensemble, les médecins préféraient la prudence. Par exemple, J. Patrick O'Leary, chirurgien à l'Université de Floride, réaffirmait en 1978 le caractère expérimental de la procédure. Après quelques essais cliniques mitigés, il soulignait, dans le tout nouvel *International Journal of Obesity*, que l'opération ne devrait être réservée qu'à ces « patients with complications of their obesity that place them at an increased risk for survival ». Ajoutant que l'effet à long terme de ces procédures sur l'espérance de vie des patients demeurait inconnu, il concluait : « With these limitations, it is our opinion that in carefully selected patients, who are followed closely, the overall morbidity and mortality from this procedure is outweighed by the beneficial effect that it has on these severely limited patients ». ⁶⁷ Bien des doutes subsistaient quant à la pertinence clinique de la chirurgie de l'obésité, même chez des praticiens qui s'y étaient adonnés, mais on acceptait tout de même de lui reconnaître une valeur thérapeutique dans les cas les plus désespérés.

D'autres médecins cependant poussaient la critique plus loin, et soulevaient même des doutes de nature déontologique à propos des résultats publiés. Pour George Bray et John Benfield, deux sommités en médecine de l'obésité au milieu des années 1970, la recherche en chirurgie bariatrique prenait des airs de mauvaise science : « The line between therapy and investigation is not always precise. [...] Technical operative pitfalls have been minimized and virtually eliminated ». ⁶⁸ Placés devant un engouement qu'ils ne partageaient pas, ces médecins avaient entrepris une vérification empirique des résultats rapportés par d'autres. ⁶⁹ Et bien que les résultats d'ensemble de leur enquête pussent être favorablement comparés à ceux de leurs prédécesseurs, la découverte de

64. Editorial, « Operations for Obesity », *British Medical Journal* 4, 5782 (1971) : 247-248.

65. Claude E. Welch, « Medical Progress : Abdominal Surgery », *The New England Journal of Medicine* 293, 17 (1975) : 861-862.

66. Malt et Guggenheim, 43-44.

67. J. Patrick O'Leary, « Jejunioleal Bypass in the Treatment of Morbid Obesity », *International Journal of Obesity* 2, 2 (1978) : 196.

68. John R. Benfield et George A. Bray, « Is Obesity a Surgical Disease? », *Western Journal of Medicine* 123, 5 (1975) : 397.

69. John R. Benfield et al., « Experience With Jejunioleal Bypass for Obesity », *Surgery, Gynecology & Obstetrics* 143, 3 (1976) : 401-410.

surprises non documentées confirmaient leurs soupçons : « a previously delayed complication [...] has emerged in recent month, and we cannot be certain what the future holds even for those of our jejunoileal bypass patients who are currently doing splendidly by all available criteria ».70 Cela jetait un discrédit considérable sur l'ensemble des connaissances tenues pour acquises par les promoteurs du court-circuit jéjuno-iléal, de même que sur la possibilité d'échapper à court terme au confinement expérimental : « Therefore, widespread therapeutic use of jejunoileal bypass against obesity should await better accuracy of prediction than that which is currently possible ».71 De manière tout à fait balancée, au milieu des années 1970, c'est sans doute William Faloon qui énonçait l'opinion à laquelle le corps médical adhérait le plus massivement :

If the recognition, understanding and management of the problems of jejunostomy are indeed improved, we may have a more balanced (and more optimistic) view of the risk of this procedure. [...] Only then will we have an evaluation of the risks of the radical treatment, intestinal bypass, versus the alternative, unsuccessfully managed massive intractable obesity.⁷²

De quelque côté qu'on envisage le problème, après bientôt vingt ans de recherche, on en revenait toujours à ce point neutre : la preuve n'était pas faite que le traitement valait mieux que la maladie. Inversement, l'usage extensif qui commençait à être fait de ces chirurgies empreintes de dissensions rendait de plus en plus manifeste la nécessité d'une discussion en profondeur, tenue à leur propos et dans un cadre interdisciplinaire.

La précarité d'un consensus

Les 4 et 5 décembre 1978, le National Institute of Arthritis, Metabolism and Digestive Diseases essayait l'expérience d'un tel symposium. Après une première tentative plutôt infructueuse en 1976,⁷³ il regroupait à Bethesda plus de deux cent spécialistes sous le sceau officiel des National Institutes of Health (NIH). Un an auparavant, les NIH avaient mis sur pied, à la demande d'un comité sénatorial présidé par Edward Kennedy, un organisme mandaté pour trouver les points de concordance entre

70. Benfield et Bray, 397.

71. Ibid., 397.

72. William W. Faloon, « An Evaluation of Risks – Bypass Versus Obesity », *The New England Journal of Medicine* 294, 3 (1976) : 159-160.

73. Un premier symposium avait été tenu en février 1976 à la Kroc Foundation, en Californie, mais se solda par une simple réaffirmation des positions déjà tenues par chacun des acteurs. Le dossier complet de cette première conférence peut-être consulté : *The American Journal of Clinical Nutrition* 30, 1 (1977) : 1-129. Pour en lire les conclusions : George A. Bray et John R. Benfield, « Intestinal Bypass for Obesity : A Summary and a Perspective », *The American Journal of Clinical Nutrition* 30, 1 (1977) : 121-127.

spécialistes quant à la valeur de techniques curatives émergentes dans divers secteurs. Par le biais de cet outil politique subtil, appelé le Consensus Development Program (CDP), le Sénat espérait, sans paraître attenter à l'autonomie scientifique des chercheurs, discriminer les technologies médicales prometteuses des autres, plus hasardeuses.⁷⁴ Sans doute, les avis de consensus produits dans le cadre de ce programme ne devenaient-ils pas *ipso facto* des positions officielles des NIH, non plus qu'ils ne prétendaient régir d'en haut la pratique ou la recherche médicales. Il reste que leur autorité institutionnelle et leur imposante diffusion assuraient aux consensus obtenus lors de ces rencontres de bonnes chances de s'imposer comme autant d'états absolus de la question.⁷⁵

La revue de littérature réalisée à cette occasion sur le champ bariatrique synthétisait bien l'opinion qui commençait à prévaloir parmi les médecins. De manière évocatrice, cette recension insistait moins sur les avancées de connaissance que sur les trous que vingt années de recherche n'avaient pu combler. On critiquait, par exemple, les lacunes de présentation dans la plupart des articles, qui ne donnaient ni le nombre de patients opérés ni la durée de leur suivi postopératoire ; même lorsque ces informations étaient fournies, on s'étonnait de la minceur des chiffres pour une pratique qui commençait à pénétrer aussi massivement l'hôpital.⁷⁶ On sourcillait en prenant la mesure du spectre d'appréciations variées qu'un seul et même tableau pouvait susciter dans l'univers médical : « A positive or negative attitude to the intervention is formed from the same objective background and seems to be subjective, expressing various levels of doctor's acceptance ». ⁷⁷ Par-dessus tout, on remettait globalement en question la valeur scientifique réelle des interprétations auxquelles toute cette littérature se risquait :

Too many conclusions are made along these lines: "In carefully selected patients and under competent control, jejunioleal bypass has a place in the treatment of massive obesity." What should the careful selection be based upon, and how great should the place in therapy be? We fear that jejunioleal bypass may become

74. John H. Ferguson, « NIH Consensus Conferences : Dissemination and Impact », *Annals of the New York Academy of Sciences* 703 (1993) : 180-199.

75. U.S. Department of Health & Human Services – National Institutes of Health, « NIH Consensus Development Program », <http://consensus.nih.gov/ABOUTCDP.htm>, consulté le 9 juillet 2009.

76. Harry Marks (*La Médecine des preuves*, 201-233) a donné un portrait saisissant de l'utilisation cavalière, rhétorique et orientée, à laquelle s'adonnèrent les médecins de l'après-guerre dans la manipulation d'outils statistiques extrêmement raffinés, que du reste ils ne comprenaient que très superficiellement.

77. Teis Andersen, Erik Juhl et Flemming Quaade, « Jejunioleal Bypass for Obesity – What Can We Learn from a Literature Study? », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 444.

dethroned by other controversial and drastic measures and sink back into oblivion before we have a satisfactory answer to these questions.⁷⁸

Sans doute les participants au symposium ne se rangèrent-ils pas tous derrière cette appréciation vitupératrice de la situation, certains chirurgiens faisant valoir, par exemple, la satisfaction manifestée par la majorité des sujets opérés.⁷⁹ Mais il reste qu'une critique radicale commençait à s'imposer au sujet de l'utilisation clinique des courts-circuits jéjuno-iléaux pour traiter l'obésité.⁸⁰

Dans son introduction au dossier général de la Conférence,⁸¹ Theodore Van Itallie insistait sur cet aspect équivoque de la notion de consensus mise de l'avant dans le procédé des NIH.⁸² Mais remarquant, par une dialectique négative inhabituelle, que les avancées de la recherche pouvaient aussi jouer contre la diffusion d'une technologie donnée, il soulignait au final que de faire marche arrière en restreignant l'usage d'une procédure pouvait aussi constituer un progrès médical de plein droit. L'idée, au demeurant simple, s'opposait à un certain sens commun évolutif :

In the case of surgical treatment of morbid obesity, this means more than putting new knowledge to work ; it means creating a better understanding among health professionals of the costs and risks as well as of the benefits of the various surgical interventions. Thus, technology transfer also may be thought of as encouraging restraint in undertaking drastic and hazardous procedures [...].⁸³

Les conclusions commençaient à se faire tranchantes. En ce sens, la Conférence de Bethesda devait marquer un tournant majeur dans l'histoire de la chirurgie bariatrique.

Les connaissances proprement dites, elles, avaient pourtant assez peu évolué depuis le milieu de la décennie. Les complications postopératoires connues n'avaient pas été réglées et les chirurgiens continuaient à suivre, jour après jour, des patients qui maigrissaient, certes, mais chez qui sévissait en contrepartie cette liste monotone et têtue de troubles du

78. Andersen, Juhl et Quaade, 444-445.

79. James Patrick O'Leary, « Overview : Jejunioleal Bypass in the Treatment of Morbid Obesity », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 389-394.

80. Theodore M. Porter a analysé cet usage des statistiques dans le monde médical, destiné à susciter l'assentiment autour d'une nouvelle technologie : *Trust in Numbers : The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life* (Princeton : Princeton University Press, 1995), 193-216.

81. Le dossier officiel complet relatif à cette Conférence à été colligé et publié en 1980 : « Report of a Meeting, Symposium on Surgical Treatment of Morbid Obesity. Proceedings of a Consensus Conference Sponsored by the National Institute of Arthritis, Metabolism, and Digestive Diseases of the National Institutes of Health ; Held in December 1978 at Bethesda, Maryland », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 353-530.

82. Theodore B. Van Itallie, « Introduction », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 356.

83. Ibid., 356-357.

métabolisme : stéatose hépatique, calculs rénaux, arthrite, dermatite, entérite du pontage, carences en calcium, en magnésium, en zinc, en vitamines... L'observation longitudinale révélait bien quelques nouveaux problèmes, mais qui s'avéraient pour la plupart relatifs aux maux déjà connus : dommages rénaux, déperditions protéiniques et reprises pondérales.⁸⁴ Le nouvel état de la question ne dépendait donc pas tant d'une logique de la découverte ou de l'empilement des travaux expérimentaux, mais plutôt d'un brassage des séries anciennes et d'une réorganisation des données sur le long terme. Faloon tenait à ce que cela soit dit sans détour : « [...] the evaluation of the results of jejunioileostomy may depend upon the criteria used by the observers, and disclosures of the true effects of the operation may depend upon the long-term follow-up of the patients ».⁸⁵ De son point de vue, la durée de l'observation valait mieux que la multiplication d'essais trop brefs : « With increasing length of observation, it has become apparent that problems such as vitamin D deficiency, renal stone formation, continued steatorrhea, gallstones, zinc and copper deficiency, and even renal failure may be seen with disturbing frequency ».⁸⁶ En ajoutant à ces problèmes physiologiques une série de considérations plus psychosociales, Faloon s'amusait à détailler ce que le suivi postopératoire idéal d'un patient-type dont l'obésité aurait été traitée par une cure chirurgicale devrait comporter en terme de soins :

[...] he or she would be given a low oxalate, high protein diet with daily oral doses of chenodeoxycholic acid, metronidazole, magnesium oxide, calcium carbonate, Lomotil, zinc sulfate, copper sulfate, multivitamins, and intermittent injections of vitamin D, vitamin A, folic acid, vitamin B-12 and iron. She or he would have access to marital, legal, psychiatric, endocrine, and occupational counseling, psychotherapy, tailoring and dressmaking services for clothes alterations or new wardrobe assistance, makeup, hair style or barbing advice.⁸⁷

Bref, contrairement aux convictions des premiers temps, il devenait évident que les complications postopératoires ne relevaient pas de la seule fonte des graisses, qu'elles n'allaient pas se résorber avec le retour graduel à un poids santé et que, de l'une à l'autre de ces complications, le hasard n'agissait pas seul. Plutôt, la communauté médicale commençait à sentir l'embarras qui transpirait des rapports d'expériences sur le court-circuit jéjuno-iléal, dont les taux reconnus de mortalités atteignaient, dans certaines

84. Ernst J. Drenick et al., « Renal Damage with Intestinal Bypass », *Annals of Internal Medicine* 89, 5 (1978) : 594-599 ; Ernst J Drenick et Jerome S. Wollman, « Treatment of Proctitis After Jejunioileal Bypass Operations », *American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 452-456.

85. William W. Faloon et al, « Assessment of Jejunioileostomy for Obesity – Some Observations Since 1976 », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 438.

86. Ibid.

87. Ibid.

séries cliniques, jusqu'aux sept, voire onze pour cent.⁸⁸ Elle discernait aussi que ces taux élevés de morbidité et de mortalité répondaient à un ensemble inconsideré de manipulations organiques dont les effets débordaient la seule biochimie de l'adiposité. Tout cela prenait le visage coupable d'une erreur de la médecine, voire d'une dérive chirurgicale. Pour reprendre une expression de l'historien Harry Marks, les chiffres ne parlaient plus le langage d'une « politique d'objectivité » plaidant en faveur de la nouvelle technologie. Ils prenaient plutôt la forme d'une véritable « théorie critique » et laissaient dans leurs interstices bien des doutes irrésolus.⁸⁹

L'énoncé de consensus des NIH, bien entendu, ne formulait pas les choses de manière aussi catégorique que Faloon. Il se contentait, de manière plus timorée, d'indiquer en termes très généraux le pourtour d'une béance. Ainsi, il insistait sur le besoin d'une taxonomie de l'obésité ou sur la méconnaissance des mécanismes impliqués dans l'amaigrissement chirurgical, ou encore sur l'absence de tout critère qui aurait permis un pronostic des risques liés à l'obésité elle-même ou des bénéfices possibles de la cure chez un individu donné. Tout cela, évidemment, conduisait à une situation clinique singulière, marquée au coin par l'hésitation : « Thus, for the patient who undergoes a bypass procedure, the outcome is likely to be less predictable than it is for many other, more established operations ».⁹⁰ L'indécision pouvait bien demeurer la norme.⁹¹ Derrière ces propos largement lénifiants, la controverse bouillait. Elle allait éclater quelques mois plus tard, révélant d'un seul coup la fragilité de la chirurgie d'obésité à la fin des années 1970.

La malnutrition délibérée

En avril 1979, au congrès annuel de l'American Surgical Association, le ton allait changer et les doutes prendre définitivement le pas sur l'allégresse des débuts. Mark Ravitch et Robert Brolin y donnèrent une présentation mordante qui allait forcer les choses et placer les plus fervents des chirurgiens bariatriques sur la défensive. De leur point de vue, le faisceau d'incertitudes cerné à la Conférence des NIH discréditait

88. John Patrick O'Leary, « Overview : Jejunoileal Bypass in the Treatment of Morbid Obesity », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 389-394 ; Douglas B. McGill et al., « Cirrhosis and Death After Jejunoileal Shunt », *Gastroenterology* 63, 5 (1972) : 872-877.

89. Marks, *La Médecine des preuves*, 339-340.

90. Theodore B. Van Itallie et Benjamin T. Burton, « National Institutes of Health Consensus Development Conference on Surgical Treatment of Morbid Obesity, Bethesda, Maryland, December 4-5, 1978 », *Annals of Surgery* 189, 4 (1979) : 456.

91. Susan C. Wooley, Orland W. Wooley et Sue Dyrenforth, « The Case Against Radical Interventions », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 465-471 ; J. Eliot Stellar et Judith Rodin, « Workshop III – Research Needs », *The American Journal of Clinical Nutrition* 33, 2 (1980) : 526-527.

définitivement les prétentions curatives du court-circuit jéjuno-iléal, décrit comme une occurrence iatrogénique dont les bénéfices auraient été montés en épingle : « The ultimate outcome is still unknown, but it seems clear that many of the patients are in a state of controlled malnutrition, which may lead to progressive penalties ».⁹² Après vingt-cinq ans de recherche, on en revenait, ni plus ni moins, au raz du syndrome du grêle court, alors que l'altération du conduit digestif n'était plus vue comme une cure mais comme la cause d'un état de carence nutritionnelle.

L'échec clinique

Ravitch et Brolin rappelaient que si l'impuissance de la médecine face à l'obésité avait pu justifier l'aventure chirurgicale, cette justification, vingt-cinq ans plus tard, ne suffisait plus.⁹³ À l'heure des bilans, ils renvoyaient la chirurgie se mesurer à ses propres résultats : « The operative mortality is or should be very low and the long-term mortality can be minimized, but we have come to the conclusion that even with close follow-up and prescription of multiple medications, the late postoperative sequelae have not been predictable or preventable ».⁹⁴ Ce qui troublait surtout Ravitch et Brolin, ce qui les avait décidés à faire cette sortie, c'était le surgissement inopiné, observable dans toutes les cohortes documentées pour peu que l'on se soit donné la peine de les suivre sur un temps suffisamment long, de complications tardives nécessitant ultimement le rétablissement de la continuité intestinale. Le ton mordant en plus, Ravitch et Brolin offraient une simple synthèse des conclusions critiques auxquelles était arrivée la Conférence des NIH quelques mois plus tôt.

Sans surprise, la période de discussion qui suivit fut houleuse. Des chirurgiens refusèrent de se ranger à l'avis défavorable de Ravitch et Brolin. Howard Payne, par exemple, réaffirmait son engagement envers la procédure qui portait son nom : « Some form of surgical procedure appears to be the only method of weight reduction that does not depend on impractical dietary restriction ».⁹⁵ Comme cela en devenait l'habitude, il reportait les résultats décevants à une conjoncture clinique défavorable qu'un déploiement disciplinaire rigoureusement balisé permettrait de résoudre : « Unfortunately, too many of these operations are being done on poorly selected patients by surgeons who are not fully aware of all the pre- and postoperative problems ».⁹⁶ Mais surtout, il refusait catégoriquement de se

92. Mark M. Ravitch et Robert E. Brolin, « The Price of Weight Loss by Jejunioleal Shunt », *Annals of Surgery* 190, 3 (1979) : 382.

93. Ravitch et Brolin, « The Price of Weight Loss by Jejunioleal Shunt », 387-388.

94. *Ibid.*, 388.

95. J.H. Payne, « Discussion on Ravitch and Brolin », *Annals of Surgery* 190, 3 (1979) : 389.

96. *Ibid.*

détourner de sa pratique ou même de lui reprendre sa confiance : « I do not agree with the authors conclusions. I do think that appropriate investigations should be continued. The results are worthwhile in spite of the costs ».⁹⁷ À l'inverse, William Scott se mettait à pencher pour un ralentissement de l'intégration en clinique des courts-circuits jéjunaux. Jugeant ses propres résultats satisfaisants dans 75% des cas, il concédait néanmoins qu'un retour vers une position de prudence s'avérait au bout du compte justifié : « [...] certainly morbidity and mortality risks are significant, and I must agree with Dr. Ravitch that these limit wide application of the procedure ».⁹⁸

Sur le fond des choses, cependant, Ravitch et Brolin proposaient plus que l'application d'un simple principe de précaution, plus ou moins rigoureux, plus ou moins contraignant, dans la pratique clinique de la chirurgie d'obésité. Leur critique était plus radicale et d'une nature différente. Revenant aux origines de la chirurgie bariatrique, Ravitch décrivait en termes presque gothiques le contexte expérimental tout en catimini qui l'avait vu naître et, avec une touche de cynisme, constatait que : « that thing has mushroomed ever since ».⁹⁹ Et en effet, concluant la plénière qui suivait sa présentation, il livrait le fond de sa pensée :

I think it is perfectly fair, though I hate to say it, and I don't believe it is necessary to repeat to this audience, as cerebral as we think we are, that, basically surgery – certainly operative surgery – is the application of mechanical principles to disease. We can accept it as axiomatic that any disease which is basically not mechanical in origin will ultimately not be treated mechanically.¹⁰⁰

Tout bien considéré, il importait assez peu à Ravitch que les taux de complications post-opératoires soient ramenés à des niveaux plus standards. À la racine, le problème n'en était pas un de chiffres : il prenait ouvertement la forme d'une querelle de principes, sinon d'ontologie. Maladie métabolique indéfinie, plutôt que lésion mécanique localisée d'un organe ou d'un système physiologique, l'obésité devait à sa propre nature d'échapper à toute récupération chirurgicale. En tout cas, elle incitait une part significative de la communauté des chirurgiens à refuser net une pratique à prétention médicale qui mutilait des organes sains en vue d'un bénéfice hypothétique pour l'ensemble de l'organisme. Le commentaire pouvait peut-être paraître anodin à une audience de chirurgiens ; du point de vue d'une analyse plus historique, il revêt une charge tout autre.

Ce qui subitement s'éclairait, dans la controverse, c'était que la chirurgie d'obésité sortait du cadre localisateur de l'ancienne chirurgie anatomopa-

97. Ibid.

98. H. William Scott, « Discussion on Ravitch and Brolin », *Annals of Surgery* 190, 3 (1979) : 389.

99. Mark M. Ravitch, « Closing Discussion », *Annals of Surgery* 190, 3 (1979) : 390.

100. Ibid.

thologique, et que la stérile guerre de chiffres à laquelle les médecins s'adonnaient cachait la réalité, à savoir que le tournant vers une approche véritablement « scientifique » en chirurgie était loin derrière. L'historien Ulrich Tröhler a suggéré une périodisation des développements de la chirurgie moderne. Elle jette un éclairage direct sur les débats entourant la valeur médicale de la chirurgie d'obésité. De son point de vue, l'extension historique précise de la chirurgie localisatrice aurait correspondu au demi-siècle compris entre les années 1860 et, *grosso modo*, la Première Guerre mondiale. Lui aurait succédé une seconde période, dite physiologique, qui aurait vu le domaine chirurgical étendre sa sphère d'application jusqu'aux profondeurs des systèmes fonctionnels du corps, avec par exemple l'ouverture de champs de pratique en neurochirurgie ou en chirurgie cardiaque, ou pulmonaire, ou rénale. Dans les années 1960, une troisième et dernière période aurait débuté, caractérisée par des développements plus technologiques : « Whereas curability was a further important factor for the determination of operability in the first period, and respect of and restoration of function since the second, this third period is characterized by the new possibility of organ replacement due to new technologies ». ¹⁰¹ Il s'agit, on le voit, d'un schéma de développement cumulatif, où les lésions traitables se multiplient parce que leurs localisations se disséminent de par tout l'organisme, et où les outils qui permettent de les soigner s'accumulent grâce aux développements des sciences et des techniques auxiliaires.

Présenté dans un tel contexte, le débat sur la normalisation clinique de la chirurgie d'obésité à la fin des années 1970 peut sembler en retard d'une bonne révolution sur ce qui se discutait ailleurs dans le domaine de la chirurgie, puisqu'il ne s'agissait pour les chirurgiens bariatriques que de faire reconnaître le système digestif comme lieu légitime d'une intervention opératoire. Or, pour peu qu'il soit permis au détail de ce débat de remonter à la surface, il apparaît plutôt que, de manière souterraine, loin d'accuser un retard quant aux spécialités voisines, la chirurgie bariatrique fomentait au contraire un renversement de l'ordre chirurgical et du système de légitimation qui le déterminait depuis le XIX^e siècle. Ce qu'elle proposait, c'était carrément de rompre avec les fondements d'anatomie ou de physiologie pathologiques de l'intervention. D'un mot, il s'agissait de se débarrasser de la vieille et encombrante notion de lésion, qui sans doute s'était raffinée avec le temps, mais qui ne s'était jamais évanouie tout à fait. ¹⁰²

101. Tröhler, « Surgery (Modern) », 1003.

102. De nos jours encore, c'est toujours cette notion de lésion qui commande jusqu'aux greffes et aux transplants d'organes. Mais d'autres domaines récents de spécialisations chirurgicales rencontrent eux aussi cette frontière avec les problèmes de légitimité qu'elle sous-tend : chirurgies plastiques ou trans-genre, amputisme et « médecine améliorative »,

Mutations formelles du domaine chirurgical

C'est Henry Buchwald qui, le mieux, avait compris la complexité véritable des enjeux auxquels la chirurgie bariatrique allait devoir se confronter dès le début des années 1980. Professeur au Département de chirurgie de l'Université du Minnesota et figure majeure de la recherche en chirurgie de l'obésité, Buchwald était présent lors de la conférence provocatrice de Ravitch et il entendait lui donner aussitôt la réplique. Ce faisant, il acceptait d'envisager ces questions concernant la légitimité formelle de la chirurgie, mais il les retournait sous un angle qui se voulait plus favorable à une cure de l'obésité. D'entrée, Buchwald concédait donc à Ravitch que la chirurgie bariatrique n'intervenait pas directement sur les mécanismes biologiques impliqués dans les pathologies de l'adiposité. Mais refusant de jouer le jeu d'une ontologisation rigide et close du problème, qui voulait de certaines maladies qu'elles relèvent par nature d'un traitement chirurgical nécessairement mécanique, il veillait à ramener les paramètres du débat vers un ordre plus épistémologique : « In assessing bypass operation we must remember : 1) Morbid obesity is a disease of unknown etiology. 2) All surgical treatment today is an approximation with reality, since none of the gastrointestinal procedures deal with the unknown etiology of obesity ». ¹⁰³ Donc, si Buchwald ne pouvait éviter de reconnaître le caractère déviant de sa pratique quant aux normes mécanistes classiques, il se ménageait néanmoins une occasion de reformuler le problème.

Au premier abord, l'allure générale de son argumentaire ne présentait rien de bien nouveau. En insistant sur le caractère authentiquement pathologique de l'obésité et en dressant une nouvelle fois la liste des morbidités associées que les chirurgiens seuls savaient soigner, Buchwald réaffirmait le caractère thérapeutique de la chirurgie bariatrique : « We are not doing cosmetic surgery ; we are performing medical treatment ». ¹⁰⁴ Or, en rappelant l'insuccès avéré des cures traditionnelles de l'obésité, qu'il chiffrait à un taux pas même homéopathique proche des 99%, et en contrastant ces chiffres à l'aune de ses propres réussites cliniques, Buchwald en venait presque imperceptiblement à tracer le nouveau cadre du débat :

autant d'objets que l'on réfléchit dans les termes du « post-humanisme ». À ce sujet, lire par exemple : Linda F. Hogle, « Emerging Medical Technologies », in *The Handbook of Science and Technology Studies*, dirs. Edward J. Hackett et al. (Cambridge et Londres : MIT Press, 2008), 841-873 ; Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century* (Princeton : Princeton University Press, 2007). Pour une réflexion sur les implications directes de ces objets de pratique sur la chirurgie, se référer à : Schlich, « The Technological Fix and the Modern Body », loc. cit.

103. Henry Buchwald, « Discussion on Ravitch and Brolin », *Annals of Surgery* 190, 3 (1979) : 389.

104. Ibid.

Weight loss and satisfaction alone cannot be matched against complications, but the documented decreased in blood pressure, mitigation of diabetes, relief of disk disease and traumatic arthritis, reduced incidence of thrombophlebitis and pulmonary embolization, decreased risk of carcinoma of the uterus and breast and decreased risk of strokes or myocardial infarction must.¹⁰⁵

Bref, l'évaluation de la valeur thérapeutique de la chirurgie d'obésité ne devait plus dépendre d'une vision conformiste des manipulations du vivant, selon laquelle le geste opératoire ne trouvait sa légitimité que dans la lésion visible d'un organe, perceptible à l'œil et traitable au couteau. Elle devait reposer plutôt sur une évaluation d'efficacité qui mettrait les unes à côté des autres toutes les approches curatives possibles, en les jugeant du seul point de vue de leur rendement relatif. Implicitement, mais à dessein, la vieille norme mécaniste était ainsi évacuée, tenue pour obtusément conservatrice, tandis qu'en vue d'une révolution chirurgicale, on revenait sur le terrain plus neutre et plus technique d'une confrontation des chiffres.

Par son extension clinique, le court-circuit jéjuno-iléal était ainsi devenu le fer de lance d'un projet de refondation de la chirurgie. C'est dans un texte paru en 1978, comme avant-propos des actes d'un colloque sur la chirurgie métabolique, que Buchwald et Varco s'étaient faits les plus explicites quant à l'ampleur des mutations qu'ils envisageaient pour l'avenir rapproché de la pratique chirurgicale. Notant que depuis ses origines, la chirurgie s'était affirmée comme une « discipline d'extirpation », dont témoignaient encore de manière exemplaire les résections d'organes cancéreux, ils prenaient acte des progrès récents en chirurgie de reconstruction et en techniques de transplantations pour souligner les écarts que leur discipline commençait à s'autoriser par rapport à son référent initial. Anticipant ensuite sur la base de ces mutations déjà accomplies, ils construisaient une analyse parallèle à celle de Tröhler, mais ils allaient un pas plus loin que lui et annonçaient la forme de la prochaine révolution chirurgicale à laquelle ils travaillaient : « It is our belief that the next phase in surgical achievement will be in the field of metabolic surgery. We define metabolic surgery as the operative manipulation of a normal organ or organ system to achieve a biological result for a potential health gain ».¹⁰⁶ Au départ, ils espéraient de ce projet de refondation de la chirurgie qu'il rayonne largement sur le tableau

105. Ibid.

106. Henry Buchwald et Richard L. Varco, « Foreword », in *Metabolic Surgery*, dirs. Henry Buchwald et Richard L. Varco (New York : Grune & Staton, 1976), IV. Buchwald établissait d'ailleurs l'affiliation de la chirurgie d'obésité au projet plus vaste d'une chirurgie métabolique : « A rerouting of the intestinal tract is metabolic surgery, not an attack on the cause of the problem », Henry Buchwald, « Foreword », *The Surgical Clinics of North America* 59, 6 (1979) : 961.

pathologique et qu'il couvre une diversité étendue de maladies complexes, dont l'obésité bien entendu, mais aussi le diabète et l'hyperlipidémie, et en conséquence l'infarctus du myocarde. Ils attendaient de cette révolution qu'elle soit générale ; elle allait, quoi qu'il en soit, être différée.

L'effondrement

C'est que la résistance à cette nouvelle chirurgie métabolique était forte. Dès 1980, il devint évident qu'elle ne passerait pas sans peine à la clinique. L'exclusion des chirurgiens bariatriques, qui constituaient son avant-garde, du congrès triennal de l'International Association for the Study of Obesity,¹⁰⁷ tenu cette année-là à Rome, exprimait sans ménagement l'opinion de la communauté médicale : pas un seul d'entre eux ne fut invité à parler sur un panel. Le message était clair : en médecine d'obésité, l'approche chirurgicale apparaissait comme étant déplacée.¹⁰⁸ Refusant de se plier à ce désaveu sans réagir, les chirurgiens organisèrent à Gênes leur propre symposium parallèle. C'est depuis cette retraite que Buchwald se mit à planter, sans détour, les limites à l'intérieur desquelles il désirait recadrer le débat sur la pertinence clinique de la chirurgie d'obésité : « Therapeutic innovations are the result of serendipity or de novo reasoning, either of which requires exhaustive knowledge of available data, clear perception of the imaginable implications, and commitment to objective clinical appraisal ».¹⁰⁹ S'il précisait bien sa pensée, c'était toutefois d'une manière qui ouvrait la voie à toutes sortes d'interprétations : « An innovator in metabolic surgery, i.e., the operative manipulation of a normal organ or organ system to achieve a biological result for a potential health gain, must not only be bold but must also exhibit a social conscience ».¹¹⁰ Un tel appel à la conscience sociale des chirurgiens se voulait résolument bivalent.

Bien entendu, cela impliquait de reconnaître en toute honnêteté l'impasse empirique devant laquelle se trouvait le court-circuit jéjuno-

107. Per Bjorntorp, Michelangelo Cairella et Alan N. Howard, dirs., *Recent Advances in Obesity Research III : Proceedings of the 3rd International Congress on Obesity, 8-11 October, 1980, Rome, Italy* (Londres : John Libbey, 1981).

108. Henry Buchwald, « Surgical Treatment of Morbid Obesity – Introduction », *World Journal of Surgery* 5, 6 (1981) : 779. Buchwald exagère un peu l'exclusion qui frappa les chirurgiens lors de ce congrès, puisqu'un de ses collègues danois, bien implanté dans la pratique, y présenta une synthèse rigoureuse et largement favorable. Flemming Quaade, « Surgical Treatment of Obesity », in *Recent Advances in Obesity Research III : Proceedings of the 3rd International Congress on Obesity, 8-11 October, 1980, Rome, Italy* (Londres : John Libbey, 1981), 318-329.

109. Henry Buchwald et Richard D. Rucker, « The History of Metabolic Surgery for Morbid Obesity and a Commentary », *World Journal of Surgery* 5, 6 (1981) : 781.

110. Ibid.

iléal. Les trous laissés dans les données longitudinales ne pouvaient plus être tenus pour marginaux, l'impossibilité de juger positivement d'une amélioration dans l'espérance de vie globale des patients devait contenir l'empressement des chirurgiens à opérer, et le spectre d'une généralisation de l'ostéoporose ou des néphrocalcinoses, qui commençait à planer sur la spécialité, devait une fois pour toute être confronté. Ainsi, l'appel à la conscience sociale dont parlait Buchwald pouvait d'abord être entendu comme une invitation à la circonspection. Il indiquait en premier lieu que le court circuit jéjuno-iléal perdait certains de ses défenseurs les plus opiniâtres :

In assessing what operative procedures are available for management of morbid obesity, we must avoid a rush to judgment. We must resist the temptation to advocate prematurely an operation based on limited follow-up experience, and we must never become so enamored with an operation that we do not listen to new voices for as yet untried therapeutic alternatives.¹¹¹

L'évocation d'une conscience sociale, sous cette forme manifeste du constat d'échec, ne soulignait pas tant la perspective d'un cul-de-sac clinique qu'elle ne plaidait en faveur d'une intégration de nouveaux véhicules pour la chirurgie d'obésité. Et en ce sens, elle se complétait d'une contrepartie rhétorique qui laissait entendre que tout n'était pas fini. Que c'était aussi aux opposants à la chirurgie d'obésité de faire montre de conscience sociale, en cessant de nier les aspects pathologiques attachés à l'obésité morbide et en acceptant surtout de reconnaître les possibilités thérapeutiques qu'offrait la chirurgie à leur égard : « Fixation on a certain surgical innovation not only shuts the door on the accomplishments of the past but bars entry through the portals of the future ». ¹¹² En tournant la page sur le court-circuit jéjuno-iléal, Buchwald faisait valoir que les retranchements étiologiques de l'obésité demeuraient inconnus et que s'il fallait bien reconnaître l'échec d'une procédure, il ne fallait pas pour autant se détourner définitivement de toute la chirurgie. Et qu'en toute bonne foi, la nécessaire « lésion » physiopathologique, supposée sise dans l'appareil endocrinien et par laquelle sans doute le signal de satiété se trouvait brouillé chez les sujets obèses, ne pouvait d'emblée être exclue du domaine chirurgical. ¹¹³

111. Buchwald et Rucker, « The History of Metabolic Surgery... », 785-786.

112. *Ibid.*, 786.

113. L'historien David S. Jones analyse un cas contemporain, mais du côté de la cardiologie, où des outils technologiques permettant finalement la perception visuelle de la lésion devaient légitimer durablement l'approche chirurgicale : « Visions of a Cure : Visualization, Clinical Trials, and Controversies in Cardiac Therapeutics, 1968-1998 », *Isis* 91, 3 (2000) : 504-541.

En clair, pour Buchwald, puisque la somme des connaissances en biologie de l'obésité ne permettait de tenir pour certaine aucune explication physiopathologique, aucune raison n'autorisait non plus le rejet pur et simple d'une approche curative sous prétexte qu'elle n'intervenait pas sur la lésion elle-même : « My own conviction, based on currently available genetic, experimental, and-psychiatric data, is that morbid obesity is a metabolic disease with a neuro-hormonal basis and a strong hereditary predisposition ».¹¹⁴ Conséquemment, ce qu'il convenait d'établir, c'était une histoire naturelle de l'obésité et de sa cure : « Obviously, opportunities for research on the cause or causes of morbid obesity are protean, and future therapy will have to be based on a knowledge of mechanisms ».¹¹⁵ Mais en attendant, une chose apparaissait comme certaine, et c'était que la chirurgie continuerait de revendiquer sa place dans une clinique de l'obésité : « Some have spoken of operative therapy in this area as radical. Possibly so, but, more to the point, surgery is the only currently reasonable therapy. Herein lies the challenge ».¹¹⁶ En réponse aux critiques qui soulignaient le manque de rigueur scientifique dans l'évaluation des retombées cliniques de la chirurgie d'obésité, Buchwald proposait la mise sur pied d'un vaste programme d'évaluation des effets de l'amaigrissement chirurgical, ce qui impliquait d'élargir les contours du domaine de spécialisation à au moins une autre approche générale jusque-là tenue à distance de lui : le pontage gastrique, avec toutes ses propres variantes.

Le saut effectué semblait clair, et en ce sens précis, les chirurgiens pouvaient sans broncher parler de l'échec du court-circuit jujéno-iléal comme d'une avancée pour la chirurgie bariatrique. S'il tombait, c'était parce que les chirurgiens avaient su se doter d'une méthode scientifiquement valable qui permettait de relancer la recherche sur de nouvelles bases, une méthode capable d'étalonner empiriquement les procédures, d'établir froidement les seuils d'efficacité réels des différentes cures de l'obésité, et qu'en fin de compte, cette méthode agissait comme technologie décisionnelle. Quelle qu'ait été la validité réelle ou supposée des essais cliniques, randomisés ou non, dans le domaine particulier de la chirurgie,¹¹⁷ cet étalonnage des procédures devait conduire à lever les

114. Henry Buchwald, « Foreword », *The Surgical Clinics of North America* 59, 6 (1979) : 963.

115. Buchwald, « Foreword », 963.

116. Ibid.

117. Willem van der Linden, « Randomized Surgical Trials », in *Controversies in Surgery II*, dirs. John P. Delaney et Richard L. Varco (Philadelphie : Saunders, 1983), 1-5 ; Emil J. Freirich, « The Randomized Clinical Trial as an Obstacle to Clinical Research », in *Controversies in Surgery II*, dirs. John P. Delaney et Richard L. Varco (Philadelphie : Saunders, 1983), 5-12.

dernières résistances de principe qui pesaient sur la chirurgie d'obésité et sur son intégration finale à la clinique hospitalière.

Et pourtant, le véritable enjeu de cette rationalisation du débat était à chercher ailleurs. Commentant, en 1987, le remplacement déjà ancré du court-circuit jéjuno-iléal par le pontage gastrique, Buchwald livrait le fond de sa pensée sur le sujet :

If another operative solution to morbid obesity had not come on the horizon, would jejunoileal bypass have fallen? Probably not! We believe that with careful surgical technique and an understanding of the long-term side effects and complications, surgeons would have performed jejunoileal bypass procedures in even greater numbers. [...] Yet, we believe that with time the overall cost/benefit ratio would have favored performance of the operation, even insofar as to demonstrate an overall increase in longevity. [...] The cause for the fall of jejunoileal bypass was the success of the gastric procedures for morbid obesity.¹¹⁸

C'était un peu forcer l'argument et refaire le passé : en 1980, les alternatives au court-circuit jéjuno-iléal n'étaient tout simplement pas prêtes à prendre le relais. Mais malgré leur appel à une utilisation d'outils objectifs d'aide à la décision et à une rationalisation scientifique du débat, les chirurgiens bariatriques n'étaient tout simplement pas disposés à accepter une mesure statistique qui aurait entraîné un refus généralisé des chirurgies métaboliques de l'obésité. Ce qui fondamentalement se produisait, à l'ombre de cette rationalisation évaluative, c'était un recadrage technique et étroit du débat sur la légitimité opératoire des chirurgies métaboliques.

Entre-temps devenu président de l'American Surgical Association, Mark Ravitch s'insurgeait contre une telle stratégie. Devant les membres de son organisation, rassemblés à Toronto en avril 1984 pour leur congrès annuel, Ravitch en effet tâchait de rétablir dans leur rôle légitimant les fondements mécanistes de la chirurgie. Après avoir rappelé que tout au long de son histoire, bien des procédures avaient été abandonnées, mais après un usage souvent long, pour s'être avérées plus meurtrières que curatives, il donnait un portrait passablement moins coordonné de la rationalisation évaluative que celui dépeint par les chirurgiens bariatriques. Pour lui, l'étalonnage supposément rationnel des procédures bariatriques dénotait en fait une mascarade absurde :

What has chiefly distinguished these is what one might call the "operation of the year." This is the phenomenon of a large and carefully studied series of patients operated upon by a given technique, reported in a paper at the end of which the author states, "because of some concern over these factors [risks, complications,

118. Henry Buchwald et Richard D. Rucker, « The Rise and Fall of Jejunoileal Bypass », in *Surgery of the Small Intestine*, dirs. Richard L. Nelson et Nyhus M. Lloyd (Norwalk et Los Altos : Appleton & Lange, 1987), 536.

unpredictable weight loss...], we have begun employing a new modification which consists of the following... The early results are extremely promising." The following year an entirely similar paper is written about the new procedure. The complications and the dissatisfactions with it are perhaps different, and still another procedure is proposed.¹¹⁹

Cette insatisfaction nécessaire envers les procédures de chirurgie d'obésité s'expliquait par le vide que laissait la chirurgie métabolique en évacuant de son fondement opératoire la notion de lésion. Car même dans les spécialités les plus avant-gardistes (chirurgies reconstructives, de transplantation, neurochirurgie), un organe malade, déformé ou dysfonctionnel justifiait toujours en dernier recours l'acte chirurgical lui-même avec ses risques incontournables.

Pour beaucoup, Ravitch menait-là une bataille d'arrière-garde. Son désaccord avec la chirurgie bariatrique, sans doute pleinement raisonné dans le cadre d'une pratique fondée sur la lésion, prenait de plus en plus les airs d'une « dissension irrationnelle »¹²⁰ par rapport au nouveau critère scientifique de légitimation technique de la pratique. Car toute la suite du débat sur l'intégration clinique de la chirurgie d'obésité allait porter sur les seules questions d'efficacité relative des procédures, soit qu'on les compare les unes aux autres ou bien qu'on en détermine les bénéfiques et les risques au regard des développements naturels de la maladie et de ses comorbidités.¹²¹ Dans tous les cas, les seules solutions envisageables envers les procédures défailtantes allaient correspondre à des mesures de perfectionnement technologique. Et cependant, sans se référer à ce contournement délibéré de la vieille norme mécaniste et localisatrice, légitimant de haute tradition toute la pratique chirurgicale, on ne saurait comprendre quoi que ce soit aux fréquentes manifestations d'impatience que les chirurgiens bariatriques émettaient à l'endroit de leurs collègues des spécialisations voisines.¹²² Président de l'ASBS en 1992, George

119. Mark M. Ravitch, « Presidential Address : The Reception of New Operations », *Annals of Surgery* 200, 3 (1984) : 242.

120. Harry Marks, *La Médecine des preuves*, 20.

121. Pour une occurrence exemplaire et synthétique de cette tendance, se référer à : Henry Buchwald et al., « Bariatric Surgery. A Systematic Review and Meta-Analysis », *JAMA* 292, 14 (2004) : 1724-1737. Voir aussi : Stephen N. Joffe, « Progress Report : Surgical Management of Morbid Obesity », *Gut* 22, 3 (1981) : 242-254 ; John D. Halverson, « Gastric Bypass for Morbid Obesity. A Medical-Surgical Assessment », *Annals of Surgery* 194, 2 (1981) : 152-160 ; Oluseun A. Sowemimo et al., « Natural History of Morbid Obesity Without Surgical Intervention », *Surgery for Obesity and Related Diseases* 3, 1 (2007) : 73-77 ; Nicolas V. Christou et al., « Surgery Decreases Long-term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients », *Annals of Surgery* 240, 3 (2004) : 416-424.

122. John H. Linner, « Bariatric Surgery : Is it Legitimate - or What? », *Obesity Surgery* 2, 4 (1992) : 295-301 ; Caren G. Solomon et Robert G. Dluhy, « Bariatric Surgery - Quick Fix or Long-Term Solution ? », *The New England Journal of Medicine* 351, 26 (2004) : 2751-2753.

Cohen disait cette impatience à sa manière en évoquant le regard externe qui pesait sur lui et ses confrères :

Bariatric surgeons are sometimes derogated by certain colleagues who do not consider this type of surgery worthy of the “real” surgeon. [...] [T]hey seem to possess a stereotype of the bariatric surgeon as a somewhat flawed general surgeon who is out of the mainstream, who is performing largely unnecessary surgery, who is profiteering or is obsessed with obesity surgery and is not very scientific.¹²³

La difficile intégration de la cure chirurgicale de l'obésité à l'espace clinique poussait les conceptions d'une chirurgie scientifique à son extrême limite et en révélait par là, dans une négociation parfois féroce, les éléments constitutifs. Elle manigançait aussi pour qu'ils soient redéfinis, ce qui prendrait encore un bon quart de siècle au bas mot.

Conclusion

Globalement, depuis la Conférence de Bethesda, le recul de la chirurgie d'obésité dans le champ clinique devenait patent. Buchwald le sentait avec acuité lorsqu'il déclarait : « I believe we are entering a difficult area for jejunoileal and gastric bypass for obesity. We are now seeing the late complications of jejunoileal bypass, and we will in future years see the complications of gastric bypass ». ¹²⁴ Car ce que la Conférence de consensus des NIH avait établi, à mots couverts mais pourtant sans appel, c'était que pour la plus grande part des obèses, les risques de complications liées au court-circuit jéjuno-iléal surpassaient vraisemblablement ses bénéfices. Quant aux méthodes chirurgicales alternatives, moins connues, elles ne rassuraient pas la communauté des médecins. ¹²⁵

En ce sens, la recommandation la plus significative de tout l'énoncé de consensus adopté par le panel des NIH concernait la structuration d'un espace de recherche normé encadrant les pratiques expérimentales en chirurgie bariatrique. ¹²⁶ C'était celle, en tout cas, qui devait avoir les répercussions les plus immédiates pour la structuration du champ bariatrique. Car le grand virage qui s'imposait à la chirurgie d'obésité allait mettre en suspens son intégration à l'espace clinique et recommander la reprise d'un travail strictement expérimental. Après vingt-cinq ans d'études, l'exigence d'une technique opératoire doublement consensuelle, qui susciterait aussi bien l'adhésion des chirurgiens que celle de la communauté médicale, détournerait encore les chirurgiens d'une médecine directement curative pour les rapatrier vers

123. George S.M. Cohen, « Bariatric Surgeons, Stereotypes and Paradigms », *Obesity Surgery* 2, 1 (1992) : 7.

124. Buchwald, « Discussion on Ravitch and Brolin », 781.

125. Van Italie et Burton, 529.

126. *Ibid.*, 530.

l'espace plus reculé de la médecine expérimentale. Et si ce consensus devait reposer sur des faits quantifiés plutôt que sur la diffusion d'opinions enthousiastes, il était appelé surtout à franchir lentement la pratique chirurgicale du cadre lésionnel qui l'avait légitimé jadis.

Quoi qu'il en soit, l'âge d'or du court-circuit jéjuno-iléal était révolu. Celui-ci, depuis les travaux fondateurs de Kremen et Linner, avait bien tenu le haut du pavé en chirurgie de l'obésité. Mais la Conférence de Bethesda de 1979 et la réplique que Buchwald lui adressait imposaient un renversement définitif de la situation. Elles laissaient affleurer tout un éventail de techniques alternatives, tenues jusqu'alors en marge mais pleines maintenant des espoirs que la procédure des premiers temps avait déçus. En 1985, Baddeley allait se permettre de publier un texte épilogueant sur le court-circuit jéjuno-iléal. Il en reconnaissait les premiers mérites¹²⁷ mais rappelait que ceux-ci n'étaient au bout du compte que bien relatifs au vu de chiffres lourds d'éloquence : « In general, just under half the patients have achieved excellent results in which preoperative symptoms were eliminated and side effects, if present, were mild and reversible ». ¹²⁸ D'une manière ou d'une autre, « about one-fifth of patients are surgical failures »¹²⁹, ce qui permettait à Baddeley d'énoncer un pronostic clair :

If gastric partitioning and reduction procedures can achieve equally good long-term results, jejunoileal bypass will be confirmed as a relic of a bygone era, an interesting, bold excursion in surgical experimentation which was beloved by the many patients who benefited by it but was ultimately spurned by its perpetrators.¹³⁰

Un consensus se formait selon lequel le court-circuit jéjuno-iléal sortirait des salles opératoires, réduit à une curiosité d'historiens. Pour intégrer un jour l'hôpital, la chirurgie d'obésité devrait trouver d'autres modèles et favoriser des interventions localisées ailleurs que sur le seul conduit intestinal. Dans la foulée du symposium parallèle de Gênes, les chirurgiens allaient aussi se doter d'un appareil corporatif, l'ASBS, capable de les représenter, de les coordonner et de leur fournir un espace organisé où donner sens à leurs travaux.¹³¹

Même si les chirurgiens de l'obésité se détournaient du court-circuit jéjuno-iléal, le projet novateur d'une chirurgie métabolique allait lui survivre. Sitôt équipée de procédures crédibles, la chirurgie bariatrique

127. R. Michael Baddeley, « An Epilogue to Jejunoileal Bypass », *World Journal of Surgery* 9, 6 (1985) : 842.

128. Ibid., 846.

129. Ibid.

130. Ibid., 847.

131. Thomas J. Blommers, « American Society for Bariatric Surgery : The First Nine Years », *Obesity Surgery* 2, 2 (1992) : 115-117.

serait appelée à réinvestir l'espace du débat. Walter Pories, président de l'ASBS en 2003, appelait déjà son retour lors de son allocution présidentielle : « We are not surgeons who reduce weight. We are also and foremost metabolic surgeons capable of therapies that were previously considered impossible ». ¹³² Il allait être entendu. En août 2007, réunis en congrès, les membres de l'ASBS se reconnaissaient une nouvelle mission et votaient massivement en faveur d'un changement de nom pour leur organisation, qui devenait l'American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. L'obésité ne suffisait plus à contenir les possibilités thérapeutiques de la nouvelle chirurgie : « mounting evidence suggests it may be among the most effective treatments for metabolic diseases and conditions including type 2 diabetes, hypertension, high cholesterol, non-alcoholic fatty liver disease and obstructive apnea ». ¹³³ Sauf que cette fois, les chirurgiens bariatriques ne seraient plus seuls à militer pour la reconnaissance de leur pratique : à l'international, une part importante du corps médical les appuierait ¹³⁴ et, dès novembre 2008, l'assureur CMS défraierait sa première chirurgie métabolique du diabète. ¹³⁵ Entre la chute du court-circuit jéjuno-iléal et l'acceptation clinique du principe d'une chirurgie métabolique, toute une lutte s'est menée. Son histoire reste à écrire.

132. Walter J. Pories, « So You Think We are Bariatric Surgeons? Think Again », *Obesity Surgery* 13, 5 (2003) : 675.

133. American Society for Metabolic & Bariatric Surgery (ASMBS), « Bariatric Surgical Society Takes on New Name, New Mission and New Surgery », Communiqué de presse, 22 août 2007, http://www.asbs.org/Newsite07/resources/press_release_8202007.pdf, consulté le 10 février 2010 ; voir aussi : Editorial, « ASBS Name Change/Decreased Mortality With Bariatric Surgery », *Surgery for Obesity and Related Diseases* 3, 5 (2007) : 491. Le mouvement était d'ailleurs international, d'autres organisations emboîtant le pas à l'ASBS: Nicolas Scopinaro, « The Reason why IFSO Should Change Its Name », *IFSO Newsletter* 2, 1 (2007) : 9.

134. Francesco Rubino et al., « The Diabetes Surgery Summit Consensus Conference: Recommendations for the Evaluation and Use of gastrointestinal Surgery to Treat Type 2 Diabetes Mellitus », *Annals of Surgery* 251, 3 (2010) : 399-405 ; Eric J. DeMaria, « Announcing the Arrival of Metabolic Surgery for Diabetes », *Annals of Surgery* 251, 3 (2010) : 406-408 ; Robert M. Carey, « CAG-00397N – Proposed Decision Memo for Surgery for Diabetes », 12 Décembre 2008, The Endocrine Society, Lettre ouverte à Kerry N. Weems, Directeur général des CMS, <http://www.endo-society.org/advocacy/legislative/letters/upload/TES-comments-to-CMS-on-type-2-diabetes-and-bariatric-surgery-12-08x2-3.pdf>, consulté le 10 février 2010 ; Jonathan Pinkney et David Kerrigan, « When Should Bariatric Surgery be Used in the Treatment of Type 2 Diabetes? », *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease* 4, 4 (2004) : 232-237.

135. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, « Medicare Proposes Revised Coverage Policy for Bariatric Surgery as a Diabetes Treatment », Press Releases, 17 novembre 2008, <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=3367>, consulté le 10 février 2010.